UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER TOULOUSE III
UNITÉS DES SCIENCES MÉDICALES

ANNÉE 1972 N° 41

A PROPOS du CONCEPT d'IMMATURITE AFFECTIVE

Étude de 50 dossiers d'enfants de parents âgés

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
Diplôme d'État

présentée par

Mme Nicole PARANT
Née LUCENA-SERRANO

Diplômée de Neuropsychiatrie
Ancienne Externe des Hôpitaux de Toulouse
Interne en Psychiatrie

Membres du Jury

M. GAYRAL	*Président*
M. BES	*Assesseurs*
M. BIERME	*Assesseurs*
M. MORON	*Assesseurs*
M. JUSKIEWENSKI	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MEDOUS
8, RUE GUTENBERG
1972

A PROPOS DU CONCEPT D'IMMATURITÉ AFFECTIVE

Étude de 50 dossiers d'enfants de parents âgés

UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER TOULOUSE III
UNITÉS DES SCIENCES MÉDICALES

ANNÉE 1972 N° 41

A PROPOS du CONCEPT d'IMMATURITE AFFECTIVE

Étude de 50 dossiers d'enfants de parents âgés

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

Diplôme d'État

présentée par

Nicole PARANT

Née LUCENA-SERRANO

Diplômée de Neuropsychiatrie
Ancienne Externe des Hôpitaux de Toulouse
Interne en Psychiatrie

Membres du Jury

M. GAYRAL	*Président*
M. BES	*Assesseurs*
M. BIERME	*Assesseurs*
M. MORON	*Assesseurs*
M. JUSKIEWENSKI	*Suppléant*

TOULOUSE

IMPRIMERIE MEDOUS
8, RUE GUTENBERG

1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER

Président de l'Université	M. LARENG
1er Vice-Président	M. MATHIS
2e Vice-Président	M. MARTIN
3e Vice-Président	M. MOUNIQ
Secrétaire Général	M. PRINEAU J.-P.

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MÉDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-PURPAN	M. MONNIER
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-RANGUEIL	M. ENJALBERT

HONORARIAT

Doyen honoraire	MM	LAZORTHES
Doyen honoraire		CALVET
Doyen honoraire		BRUSTIER
Professeur honoraire		DELAS
Professeur honoraire		RISER
Professeur honoraire		BUGNARD
Professeur honoraire		VINCENT
Professeur honoraire		MOREL
Professeur honoraire	MM.	VALLOIS
Professeur honoraire		TAPIE
Professeur honoraire		BOUISSET
Professeur honoraire		CALMETTES
Professeur honoraire		THOMAS
Professeur honoraire		LAGROT
Professeur honoraire		DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire		FABRE P.
Professeur honoraire		JAHIER

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	MM.	DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud		GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale		FICAT	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie		POULHES	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer		GRIMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie		PASQUIE	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique			Purpan
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire		ENJALBERT	Rangueil
Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques		BAZEX	Purpan
Clinique des Maladies des Voies Urinaires		LHEZ	Purpan
Clinique des Maladies Infectieuses		ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Infantile et Puériculture		SOREL	Purpan
Clinique Médicale de la Première Enfance			Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie		LAZORTHES G.	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrique		GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale		PONTONNIER	Rangueil
Clinique Odonto-Stomatologique		CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique		DEODATI	Rangueil
Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale		CALVET	Purpan
Clinique de Pneumo-phtisiologie		DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique		RUFFIE René	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale		MONROZIES	Purpan
Anatomie		BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique		FABRE Jacques	Purpan
Anatomie Appliquée		...	...
Anesthésie et Réanimation		LARENG L.	Purpan
Bactériologie	Mme	ENJALBERT	Rangueil
Biophysique Médicale A	MM.	AUVERGNAT	Purpan
Biophysique Médicale B		BRU	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale		CALAZEL	Rangueil
Chimie Biologique		VALDIGUIE P.	Purpan
Electro-Radiologie		MARQUES	Rangueil
Embryologie Générale		BROUSSY Jean	Purpan
Hématologie		RUFFIE Jacques	Purpan
Histologie		BIMES	Rangueil
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie		...	...
Hygiène et Médecine Sociale		MONNIER	Purpan
Immunologie		DUCOS	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail		PLANQUES	Purpan
Pathologie Chirurgicale		DAMBRIN	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale		SENDRAIL	Purpan

Pathologie Médicale		RIBAUT	Purpan
Physiologie		LAPORTE Yves	Rangueil
Physiologie Appliquée et Pharmacologie		BAISSET	Rangueil
Séméiologie et Clinique Médicale		LAPORTE Jacques	Purpan
Thérapeutique		DARNAUD	Rangueil

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Histologie et Embryologie	MM.	GUILHEM	Rangueil
Anatomie Pathologique		BOUISSOU	Rangueil
Biochimie Médicale		DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Histologie et Embryologie		PLANEL	Purpan
Oto-Rhino-Laryngologie		CLAUX	Rangueil
Chirurgie Générale		GEDEON	Rangueil
Médecine Générale		RASCOL	Purpan
Pathologie Médicale		BOULARD	Purpan
Physiologie		MONTASTRUC	Rangueil
Physiologie		BESSOU	Purpan
Pneumo-Phtisiologie		MIGUERES	Rangueil

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M.	FABRE Jean	Rangueil
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme	LARENG M.-B	Purpan
Biochimie Médicale	MM.	VALDIGUIE Pierre	Rangueil
Carcinologie		ESTRADE	Purpan
Chirurgie Générale		SARRAZIN	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire		ESCHAPASSE	Purpan
Electro-Radiologie		PONS	Purpan
Electro-Radiologie		ROULLEAU	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique		BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale		ARLET	Rangueil
Pédiatrie		DALOUS	Purpan
Neuro-Chirurgie		ESPAGNO Jacques	Purpan
Psychiatrie		GAYRAL	Purpan
Médecine Générale Thérapeutique		SUC	Rangueil
Pédiatrie		REGNIER	Purpan
Médecine Générale		RIBET	Rangueil

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie et Organogénèse	MM.	JUSKIEWENSKI	Rangueil
Anesthésiologie		VIRENQUE C	Rangueil
Bactériologie-Virologie	Mme	DIDIER	Rangueil
Biophysique	MM.	REGIS	Rangueil
Biophysique		GUIRAUD R.	Purpan
Cardiologie		BOUNHOURE	Rangueil
Chirurgie Générale		ESCAT Jean	Rangueil
Chirurgie Générale		COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire		PUEL	Rangueil
Dermatologie, Vénéréologie		DUPRE	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique		PONTONNIER Georo	Rangueil
Histologie, Embryologie, Cytogénétique		SOLEILHAVOUP	Purpan
Immunologie, Hématologie, Maladies du Sang		BIERME R.	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique		BES	Rangueil
Médecine Interne		FEDOU R.	Purpan
Médecine Interne		LE TALLEC	Rangueil
Médecine Légale		GREZES-RUEFF	Purpan
Médecine du Travail		PUJOL M.	Purpan
Néphrologie		CONTE Jean	Purpan
Neurochirurgie		LAZORTHES Y.	Rangueil
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique		UTHEZA Guy	Rangueil
Parasitologie		LARROUY	Purpan
Pédiatrie Génétique Médicale		ROCHICCIOLI	Rangueil
Pneumo-Phtisiologie		ALBAREDE J.-L.	Purpan
Pneumo-Phtisiologie		IOVER	Rangueil
Physiologie		CERAL J.-P.	Rangueil
Physiologie		PAGES B.	Purpan
Radiologie		COMBES P.	Purpan
Rhumatologie		FOURNIE A.	Purpan
Thérapeutique		DENARD	Purpan
Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie		SALVADOR M.	Purpan
Urologie		PONTONNIER Franc	Purpan

AGRÉGÉS

Ophtalmologie		BEC	Purpan
Chirurgie Générale	MM.	GAUBERT	Purpan

AGRÉGÉS LIBRES

Chirurgie Générale	MM.	SOUQUET	Purpan
Pathologie Expérimentale		GLEIZES	Purpan
Obstétrique		ESPAGNO G.	Rangueil
Pathologie Chirurgicale		DIEULAFE	Rangueil

MAITRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ

Psychiatrie	M.	LABOUCARIE	Purpan

L'Université P.-Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions emises par les candidat
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A mes enfants Olivier et Clémentine

A tous les miens

A tous mes amis et camarades de Faculté

Au Docteur Simone BIERME

En témoignage de mon affection.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. GAYRAL

Professeur de Psychiatrie et de Psychologie médicale

Médecin des Hôpitaux

Président de la Commission de Psychiatrie des U.E.R. des Sciences médicales

Vous nous avez fait bénéficier avec bienveillance de votre science clinique et de votre enseignement.

Nous avons toujours apprécié votre grande érudition et la qualité de votre enseignement.

Nous sommes fière de compter parmi les élèves de votre école.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur A. Bes

Maître de conférences agrégé de Médecine générale et Thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail comme vous nous avez toujours fait l'honneur de nous accueillir avec bienveillance.

Nous avons depuis longtemps apprécié votre intelligence brillante, la valeur de vos leçons cliniques et de votre enseignement, vos conseils si nuancés et si précieux pour nous.

Veillez accepter le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur R. Bierme

Maître de conférences agrégé d'Immunologie

Hématologie et maladie du sang

Biologiste des hôpitaux

Chef de service au Centre de Transfusion Sanguine d'Hématologie et de Génétique humaine

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir siéger à notre thèse ; vous savez sa valeur pour nous.

Vous nous avez depuis longtemps accueillie avec tout le dévouement et toute la générosité qui vous caractérise, en nous donnant en exemple votre goût du travail, votre grande honnêteté.

Nous vous offrons ce travail avec toute la gratitude et la reconnaissance que vous nous inspirez.

Nous remercions le Professeur, le juge de ce travail, mais aussi le soutien moral que vous avez représenté pour nous.

Monsieur le Docteur P. MORON

Chargé de cours à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez inspiré et dirigé ce travail.

Vous nous avez non seulement accueilli avec infiniment de gentillesse dans votre équipe de psychiatrie infantile, mais encore vous nous donnez tous les jours en exemple votre sens clinique et votre clarté d'esprit.

Nous nous permettons de vous offrir ce travail en témoignage de notre respectueux dévouement et de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur S. JUSKIEWENSKI

Maître de Conférences agrégé en Anatomie et Organogenèse
Chirurgien des Hôpitaux

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre thèse.

Nous avons apprécié votre dynamisme, la clarté de votre enseignement au cours de nos études médicales.

A Monsieur le Docteur CHAURAND

Médecin Directeur de l'Institut Pédotechnique de St-Simon
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A Monsieur le Docteur TURNIN

Médecin Direcetur du Centre de Guidance Infantile
Ancien chef de Clinique à la Faculté

Ils nous ont largement ouvert leurs établissements, mettant à notre disposition avec beaucoup de gentillesse tout ce qui pouvait nous être utile dans ce travail.
Ils nous ont donné leurs avis éclairés.
Nous leur témoignons ici toute notre reconnaissance.

Aux membres des équipes médico-psychologiques de ces deux Centres qui ont toujours facilité notre travail de recherche.

A Monsieur le Docteur J. CARRIÉ

Neuropsychiatre

Médecin du Laboratoire de Psychologie de la Clinique de Psychiatrie (C.H.U.)

Il a bien voulu nous donner quelques conseils dans notre étude psychologique, nous faisant apprécier l'étendue de ses connaissances et la finesse de son jugement.
Nous l'assurons de notre profonde reconnaissance

A nos Maîtres de l'Hôpital Marchant

Madame le Docteur Ch. DEFFUANT
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Pour la bienveillance qu'elle nous a toujours témoigné, son dynamisme et son sens clinique, à la fin d'une longue carrière de Médecin-chef.
Qu'elle trouve ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur DE BAUDOUIN
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A nos Camarades d'Internat

PLAN

INTRODUCTION

PROTOCOLE D'ETUDE

— Recueil et origine des dossiers.
— L'échantillon.

1° Les parents :
Age
Milieu socioculturel
Grand-parents
Parents adoptifs.

2° Les enfants :
Age
Rang dans la fratrie
Niveau intellectuel
Personnalité-tests.

ETUDE ANALYTIQUE DES SIGNES D'APPEL

1° Difficultés scolaires.
2° Troubles caractériels et du comportement.
3° Manifestations affectives de type somatique.
4° Tendances névrotiques.

SEMIOLOGIE DE L'IMMATURITE

1° Selon les théories :
Clinique
Tests.

2° Selon nos observations :
Clinique
Tests.

DISCUSSION

1° Le concept d'immaturité affective.
2° Explication pathogénique par l'âge des parents.

CONCLUSION

OBSERVATIONS

INTRODUCTION

Au cours des consultations médico-psychologiques, notre attention a été attirée par le comportement des enfants de parents âgés. Ce n'est souvent qu'une simple impression clinique, le sentiment de se trouver en présence d'une conduite et de réactions peu ou pas en rapport avec l'âge de ces enfants ; cette impression globale n'est pas induite par le symptôme ou le trouble du comportement ayant motivé la consultation car, comme le montreront nos observations, les symptômes observés sont d'ordre très divers, pouvant toucher l'enfant en n'importe quel point de son organisme ou de son psychisme.

Ce polymorphisme clinique nous semble sous tendu par une structure psychologique particulière ne répondant pas à la nosographie classique.

Les troubles présentés, bien que rattachables à des conduites névrotiques ou arriérées n'en ont, cependant, pas les répercussions sur la personnalité de ces enfants qui ne sont ni des débiles, ni des névrotiques. Cet état serait lié à un syndrome ou une manière d'être appelée l'immaturité affective, constituant une entité en soi.

Nous ne sommes pas les premiers à avoir étudié ces notions. (Nous avons emprunté la plus grande partie de cet historique aux auteurs belges sur les travaux desquels nous reviendrons plus en détail).

1° Immaturité.

2° Parents âgés.

1° En ce qui concerne cette pression clinique d'immaturité, il nous faut rappeler que l'infantilisme était avant tout jadis une notion d'ordre morphologique, souvent liée à un retard de développement sexuel, à un infantilisme mental (Lasègue), c'est par extension que l'on parle, actuellement, d'infantilisme psychomoteur, affectif...

Les travaux spécifiquement psychiatriques portaient au début sur l'immaturité affective de l'adulte où ce caractère paraît plus facile à décrire parce qu'il se différencie plus aisément du comportement normal.

En 1896, Ribot parle d'infantilisme psychique.

En 1903, Dupré expose au congrès de Bruxelles les principaux symptômes de son syndrome, le puérilisme mental. Il est caractérisé par une sorte de régression de la mentalité au stade de l'enfance et se rencontre dans certains syndromes de souffrance cérébrale (au niveau

de l'étage antérieur surtout), les démences séniles et certains phénomènes pithiatiques favorisés par un environnement difficile.

En 1909, CARPENTIER et COURBON distinguent trois formes de puérilisme mental :

— le puérilisme confusionnel,
— le puérilisme démentiel,
— le puérilisme constitutionnel.

Le mouvement freudien, modifie l'évolution des concepts psychiatriques. Ce qui avait été décrit sous le nom de puérilisme mental est encore élargi et reçoit le terme de schizonoïa, terme par lequel CODET et LAFORGUE (1925) désignent l'unique mécanisme d'où procèdent tous les arrêts d'évolution, les états de regression et la tendance générale à la discordance dans l'activité d'un individu. La schizonoïa, depuis lors, n'a pas été reconnue comme entité morbide, sans doute parce que sous la notion d'arriération, on englobait une partie de plus en plus grande de la psychiatrie et on introduisait la dimension affective.

En 1948, JAMPOLSKY qui cherchait les critères de l'immaturité les distingue selon trois plans :

— Le domaine de l'activité (activité ludique peu persévérante guidée par des buts concrets et rapprochés dans le temps. Manque d'initiative, instabilité).
— Le domaine de l'émotivité (absence de contrôle émotionnel, persistance de réflexes primitifs de défense, anxiété).
— Le domaine de l'adaptation sociale (avidité captative par dépendance exagérée vis-à-vis de l'adulte et attitude agressive de défense. Timidité).

Il rattache à ce domaine les réactions anti-sociales traduisant l'infantilisme moral.

L'attachement à la mère trop étroit ou trop persistant constitue pour J. BOUTONNIER (1948), le fond même de l'arriération affective ; elle invoque aussi la prise de conscience de la différence des sexes qui conduit au complexe d'Oedipe.

En 1948-1950, reprenant les idées de PIAGET sur la dualité relative des domaines de l'intelligence et de l'affectivité, ODIER étudie la relation fonctionnelle entre ces deux systèmes, relation qui assure équilibre et rendement à l'être humain. Le dérèglement de leur rapport et la disposition du lien harmonisant l'action de l'une à celle de l'autre sont la source de troubles et d'anomalies donnant lieu aux symptômes dysfonctionnels qui caractérisent les névroses d'insuffisance et d'infériorité. Les trois critères de maturité établis par ODIER correspondent à trois processus :

— sécurisation endogène,
— valorisation endogène,
— antonomisation endogène.

L'adulte contrairement à l'enfant trouverait en lui-même, sécurité, sentiment de sa valeur personnelle et liberté. Il serait ainsi capable de projeter son affectivité sur l'ambiance et acquérir cette possibilité d'oblativité sans laquelle il ne pourrait être parfaitement intégré à la société. Ce processus d'endogénisation présuppose les mécanismes les plus fondamentaux du fonctionement mental.

L'introjection d'une bonne image maternelle en particulier, serait le fondement de tout l'échaffaudage du développement psychique ultérieur et de tous les liens objectaux que l'individu se crée au fil des ans. Ces mécanismes occuperaient une place de premier plan dans le processus de la maturation humaine.

Ces conceptions psychanalytiques ont fait reculer le problème de la psychogénèse des troubles de la maturation affective jusqu'à la toute première enfance.

Les études de l'immaturité affective chez l'enfant ont confiné longtemps ce problème à son aspect pédagogique (attitudes parentales extrémistes : surprotectrices ou exagérément autoritaire, influence du milieu scolaire).

Les travaux psychanalytiques sont les plus riches dans ce domaine, étudiant le problème en référence à la maturité, telle qu'elle est définie chez l'adulte. Cependant, les critères d'ajustement émotionnel bien connus pour l'adulte ne peuvent être pris en considération pour l'enfant chez lequel les points de repère, en dehors de quelques grandes étapes bien connues, présentent des variations importantes selon la constitution, le type de milieu familial et le niveau socioculturel. En outre, dans l'optique psychanalytique l'immaturité affective est, avant tout, considérée comme un aspect psychopathologique des névroses.

Robberechts et Lievens (1967) montrent que le problème dépasse, du moins chez l'enfant, le cadre des névroses.

C'est avec leur publication que nous avons effectué une grande partie de notre travail ; en effet, leurs théories et leurs descriptions correspondent exactement aux opinions sur ce problème du Dr Moron, qui nous inspira cette thèse. Ces auteurs décrivent le syndrome d'immaturité affective sur un triple plan :

— Comportement tel qu'il est décrit par les parents.

— Impression clinique au cours de l'examen.

— Résultat des tests psychologiques et en discutent le diagnostic différentiel avec la débilité mentale, la névrose et la psychopathie pour en conclure qu'elle est rarement globale, affectant le plus souvent un ou plusieurs secteurs de la personnalité et entraînant un certain déséquilibre n'entrant pas dans la nosographie psychiatrique habituelle ; nous avons fait sur le plan historique, en particulier, de larges emprunts à leur travail qui nous paraît remarquablement poser le problème.

2° En ce qui concerne les parents âgés nous n'avons trouvé que peu d'études ; tous les travaux se rapportant à l'enfant et à sa famille, aux relations familiales dont nous avons pris connaissance ne s'attachent pas tellement à ce problème.

En 1953, un auteur américain Bossard et ses collaborateurs, envisagent cependant, cet état dans une étude statistique et sociologique menée depuis 1932 aux Etats-Unis.

Il s'agit d'une étude détaillée, envisageant les différents types de situation familiale selon que l'un ou l'autre des parents est plus âgé, ou bien que ce sont les deux comme dans le cas de derniers enfants de familles nombreuses ou de naissances « inattendues », après de longues années de mariage.

Ils envisagent les problèmes posés par la différence d'âge exagérément élevée entre parents et enfants sous le triple aspect physique,

psychologique et culturel dans une étude fort intéressante, pour conclure que plus l'intervalle de temps entre les générations augmente, plus tous les problèmes inhérents à la vie normale de la famille, à l'éducation des enfants, à leur maturation sont exagérés. Leur travail est essentiellement sociologique et pédagogique tenant peu compte de la maturation affective des enfants ou du moins ne l'exprimant pas. Il faut noter que statistiquement aux U.S.A. la mère moyenne porte son dernier enfant à 27 ans ; bien entendu c'est un chiffre arbitraire que l'on ne peut utiliser sans tenir compte des facteurs familiaux etc.

Porot (M.) en 1954, dans son livre sur « l'enfant et les relations familiales » n'envisage pas particulièrement l'âge des parents ; cependant il nous a beaucoup intéressé dans ses études sur le comportement des parents, en particulier, dans leurs excès affectifs de protectionnisme, attitude que nous avons rencontrée dans la plupart de nos dossiers et qui conditionne une arriération affective certaine.

Dublineau (J.) fait en 1956 une étude intéressante sur le rôle des parents dans la maturation affective de l'enfant, en reprenant les différents stades du développement selon les conceptions analytiques et en envisageant l'intervention des parents dans ce développement et les problèmes d'éducation. C'est sous la rubrique : « Mères protectrices » que nous avons trouvé une observation de Husquinet (A.) faite en 1962 sur des parents âgés où, ici aussi, c'est le côté pédagogique qui est abordé.

Nous n'avons donc trouvé dans nos recherches bibliographiques, aucun auteur qui ait lié ces deux éléments.

Connaissant l'importance des mécanismes d'identification dans l'élaboration de la personnalité, nous pensons que les parents âgés n'offrent pas une image identificatoire valable, susceptible de faire prendre conscience à l'enfant de sa propre identité, simplement par le fait qu'ils sont âgés, en dehors de toute attitude pédagogique.

Nous avons tenté d'en faire une étude clinique et psychométrique.

PROTOCOLE D'ÉTUDE

PLAN

RECUEIL ET ORIGINE DES DOSSIERS

— L'ÉCHANTILLON

1°) Les Parents

1. Age
2. Milieu social
3. Grands parents
4. Parents adoptifs

2°) Les Enfants

1. Age
2. Rang dans la fratrie
3. Niveau intellectuel
4. Personnalité

Notre travail porte sur l'étude de cinquante dossiers, mais nous n'avons pas vu les enfants dans tous les cas, ce que nous déplorons.

1°) *C'est à la Consultation de Pédopsychiatrie du C.H.U.*, dirigée par le Dr MORON, que nous avons eu l'idée de ce travail. Il s'agit d'une consultation externe recevant des enfants adressés par leur médecin traitant ou amenés directement par leur famille, mais essentiellement des enfants hospitalisés dans les différents services des Cliniques infantiles (Pédiatrie, Médecine Infantile et Chirurgie infantile).

Nous avons vu, personnellement, tous les enfants que nous prenons pour notre travail, soit douze cas. Bien qu'ayant trouvé vingt quatre dossiers antérieurs nous n'avons pu les utiliser, car ils étaient trop incomplets, quant à l'étude psychométrique surtout : nous avons tenté de les convoquer à nouveau, mais nos demandes sont restées sans réponse, à part seulement trois des enfants qui se sont présentés ; nous espérions au début ne faire notre travail qu'avec le matériel de cette consultation, mais comme il s'avérait très insuffisant nous nous sommes adressés à deux autres centres qui ont mis, avec beaucoup de gentillesse, leurs dossiers à notre disposition.

2°) Il s'agit tout d'abord du *Centre de Guidance Infantile*, dirigé par le Dr TURNIN :

(— Centre médico-psycho-pédagogique

— Centre d'observation et d'action éducative en milieu ouvert.)

C'est un centre d'observation et de rééducation destiné au diagnostic et au traitement d'enfants de capacité intellectuelle normale, atteints de troubles du comportement ou du caractère, de troubles spécifiques du langage ou psychomoteurs. Parmi tous les dossiers que nous avons pu consulter, nous en avons trouvé douze qui nous paraissaient utilisables en particulier quant au bilan psychométrique.

3°) Puis nous nous sommes adressés *à l'Institut Pédotechnique de Saint-Simon*, dirigé par le Dr CHAURAND. C'est un Centre d'observation et de rééducation accélérée pour inadaptés sociaux, familiaux ou scolaires, un internat pour enfants présentant des troubles d'ordre psychiatrique et pour enfants en danger moral, pour caractériels, débiles légers et épileptiques stabilisés ; vingt six de nos observations proviennent de ce centre.

Notre critère de sélection des dossiers que nous avons compulsés a été uniquement *l'âge des parents*. Nous n'avons dans le choix des observations, tenu aucun compte des signes d'appel, des diagnostics portés.

Dans les dossiers que nous avons recueilli nous avons été obligé de laisser ceux qui ne contenaient que trop peu de renseignements. Nous avons donc compulsé un nombre considérable de dossiers (3 600 à l'Institut Pédotechnique où ils étaient numérotés) pour ne retenir que les plus complets ; nous avons vu les enfants chaque fois que c'était possible dans le cadre des centres, mais nous avons souvent utilisé l'observation médicopsychologique déjà constituée : dans ces derniers cas nous avons recueilli des renseignements complémentaires, des avis, des impressions concernant les enfants auprès des différents membres des équipes : Psychologues, assistantes sociales, éducateurs, rééducateurs (orthophonie et psychomotricité) et bien entendu auprès des médecins-Directeurs. Ceci peut expliquer l'irrégularité du contenu de nos observations, dont certaines sont nettement plus développées que d'autres.

Il ne s'agit, évidemment, pas d'un travail statistique, le chiffre de cinquante pour nos dossiers étant bien trop faible et ne correspondant pas au nombre d'enfants de parents âgés vus ces dernières années ; nous regrettons de ne pas en avoir noté la fréquence lors de notre travail de recherche, mais elle est tout de même très faible par rapport au nombre de consultants.

I. — LES PARENTS

1. — C'est *l'âge des parents* qui nous a limité dans le choix de nos dossiers.

Qu'entend-on par parent âgé ?

C'est un terme qui dans le langage courant s'explique par lui-même ; concept relatif, impliquant une différence d'âge inhabituellement élevée entre parents et enfants, on peut dire qu'il s'agit d'un parent séparé de son enfant par plus de temps que la durée habituelle séparant deux générations successives.

L'âge de 40 ans à la naissance de l'enfant nous a paru convenir à ce que l'on peut appeler parent âgé, pour la mère essentiellement ; le chiffre de 40 étant arbitraire nous avons admis une marge de 4-5 ans selon la psychologie des parents, la structure familiale, le rang dans la fratrie. Nous avons parlé au début de l'enquête statistique faite aux U.S.A. et rapportant que la mère moyenne porte son dernier enfant à 27 ans, ce qui correspondrait à une tranche d'âge comprise entre 25 et 35 ans.

Nous ne considérons dans notre étude ni les difficultés médicales, ni les difficultés obstétricales inhérentes à l'âge, mais on peut penser qu'il existe chez la femme un vieillissement physiologique et génétique normal ; bien que nous n'ayons trouvé dans notre étude d'anomalie génétique patente, il ne faudrait cependant, pas en exclure l'éventualité.

Différentes situations peuvent se présenter :

c'est le père qui est âgé alors que la mère est jeune ou le contraire, nous n'avons pas trouvé de ces cas, sauf deux fois où la mère a de 6 à 9 ans de plus que le père ; mais bien souvent pour des mères déjà relativement âgées le père l'est beaucoup plus. Nous avons trouvé surtout des parents du même âge.

2. — Nous avons choisi *des familles normalement constituées* pour que n'interviennent pas des facteurs de dissociation familiale pouvant entraver le développement affectif de l'enfant, bien plus que l'âge du parent. Nous avons, cependant, un petit nombre de dossiers où les parents sont séparés, ou bien où il y a une mésentente conjugale (4). Les milieux sociaux sont de niveaux très variés.

3. — Nous avons recueilli quelques cas d'enfants élevés par leurs *grand-parents*, à la suite de défaillances parentales, mais nous les avons volontairement écartés, bien qu'ils soient très immatures sur le plan affectif, car le problème nous paraissait un peu différent. En effet, les grands-parents ont un rôle original, qui leur est propre, ne pouvant se substituer aux parents dans l'image qu'ils représentent pour les enfants.

En outre, on doit tenir compte des rapports qui existent entre grands-parents et parents, souvent complexes, pouvant entraîner une compétition d'autorité ou d'affection envers les enfants.

4. — Nous avons, enfin, huit cas *d'enfants adoptés* par des parents âgés. Sans envisager en détail les problèmes posés par l'adoption, le fait même qu'elle se soit faite tardivement implique une certaine anxiété de la part des parents face à ce problème ; la façon dont est faite la révélation de l'adoption ne fait, dans certains cas, que confirmer cette impression. Les parents adoptifs, en dehors de leur âge, sont facilement surprotecteurs et faibles.

II. — LES ENFANTS

1. — *L'âge des enfants :*

Notre étude s'adresse à des enfants en période de latence et des adolescents.

Il nous a paru impossible de prendre des enfants de moins de 8 ans, car il est bien évident que, malgré des signes d'arriération affective, on ne peut parler d'immaturité structurée, définitive au sens proprement conceptuel à cet âge-là.

Sur nos 50 dossiers nous avons :

— 34 garçons
— 16 filles

La proportion plus élevée de garçons traduit un phénomène habituel aux consultations de psychiatrie d'enfants, où le comportement plus agressif des garçons est moins accepté par le milieu familial, qui accorde plus d'importance à leur réussite scolaire qu'à celle des filles. Au moment de l'adolescence cette proportion est inversée.

Les âges de nos enfants s'échelonnent de 8 à 18 ans, de la façon suivante :

— 8 ans 8 cas
— 9 ans 4 cas
— 10 ans 5 cas
— 11 ans 3 cas
— 12 ans 8 cas
— 13 ans 9 cas
— 14 ans 5 cas

— 15 ans 6 cas
— 16 ans 1 cas
— 17 ans 0
— 18 ans 1 cas

Nous avons donc 28 cas correspondant à la période de latence des psychanalystes et selon PIAGET « à la période des opérations concrètes où dominent les problèmes scolaires et les difficultés relationnelles avec des troubles du comportement ».

De 12 à 18 ans, période de la puberté et de l'adolescence, nous avons 22 dossiers ; c'est normalement « la période des opérations formelles », la découverte de la pensée, de la transformation corporelle et de l'insertion nouvelle dans la société adulte. Dans cette période vont s'observer des troubles affectifs et du comportement très nombreux et variés et qui n'ont pas toujours une signification pathologique.

2. — *Le rang dans la fratrie :*

Dans la majorité des cas nous avons eu à faire à des derniers ou des enfants uniques (40).

La répartition se fait ainsi :

— Enfants uniques : 11 cas
— Derniers : 29 cas
— Avants-derniers : 5 cas
— Aînés (de deux) : 3 cas
— Deux cas, n'entrant dans aucun de ces groupes :
— Un aîné de trois : ses deux frères cadets sont aussi suivis dans des centres.
— Un est le sixième d'une fratrie de neuf.

C'est un fait bien connu que le rang dans la fratrie conditionne les relations à l'intérieur de la famille. MAUCO et RAMBAUD ont étudié ces problèmes dans un travail portant sur 200 observations et concluent que les enfants uniques et les aînés rencontrent plus de difficultés affectives et caractérielles que les intermédiaires et les benjamins. Le problème des aînés ne nous concerne pas ici, où nous n'en avons qu'une proportion minime.

On admet, cependant, que la position d'aîné est le plus souvent difficile, les parents exigeant de lui plus de responsabilités et faisant appel à sa raison, ce qu'il ressent, en général, comme des frustrations. On admet aussi que le développement intellectuel des aînés dépasse celui des cadets, ce que nous n'avons pu vérifier ne connaissant pas dans tous les cas les autres enfants de la fratrie.

L'enfant unique est un aîné perpétuel, c'est souvent un enfant couvé et adulé dont la mère a un caractère possessif et hyperprotecteur ; on a parlé à son propos d'enfant d'égoïstes (F. DOLTO) ; il ne bénéficie pas d'expériences personnelles, manque d'initiative. C'est un isolé, un solitaire dont l'adaptation sociale est plus difficile, scolaire en particulier bien qu'il soit le plus souvent brillant au point de vue intellectuel.

Les enfants de rang intermédiaire sont, en général, moins souvent adressés aux consultations, leur situation semblant être la mieux équilibrée.

Le benjamin, dernier ou souvent « petit dernier » est celui qui nous intéresse le plus dans ce travail. Il peut être le benjamin, suivant de

près ses aînés ou le petit retardataire quand il arrive une dizaine d'années après son ou ses aînés.

De par sa position il est souvent exclu de la fratrie qui le traite avec indulgence et tendresse : ce comportement ne l'engage pas à rivaliser avec eux et il se maintient dans cette position.

Pour Porot : « le petit dernier a le redoutable avantage de centrer l'attention de l'entourage, l'indulgence des parents mûrissant, l'intérêt bienveillant des aînés... tendant souvent à rester plus bébé en fonction du désir de la mère à le garder et à y prolonger sa jeunesse maternelle.

Mais ce n'est pas toujours le cas car en survenant tardivement l'enfant se heurte ou à l'indifférence des parents « blasés » par leurs expériences antérieures ou à des problèmes d'éducation par les parents qui y voient une charge supplémentaire, un surcroît de travail, etc., c'est ce qui explique que nous avons rencontré quelques cas de carence affective dans nos observations.

3. — *Le niveau intellectuel* de ces enfants est normal.

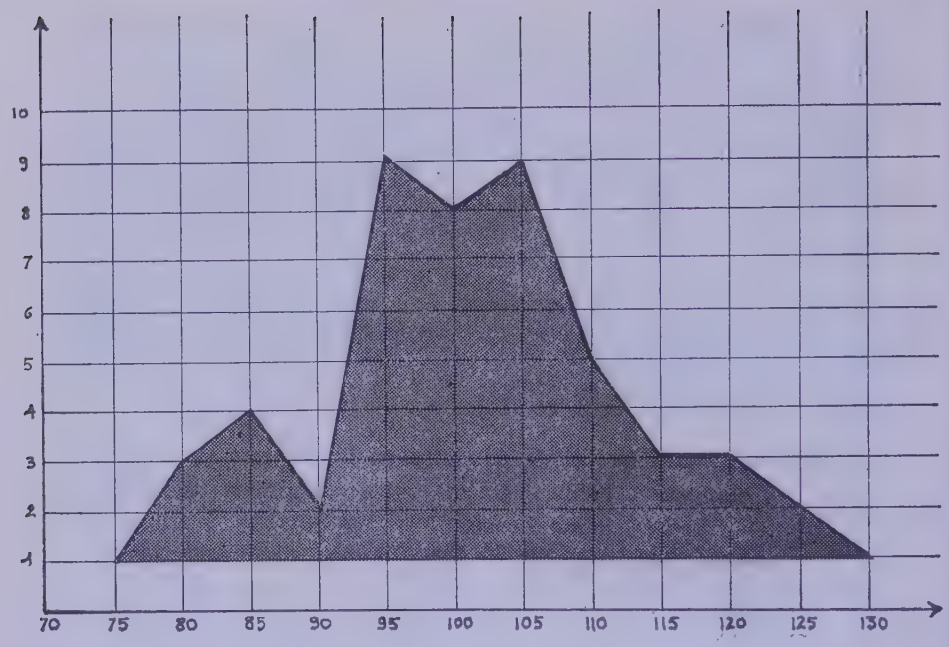
Il a été apprécié à l'aide des tests suivants (parfois associés) :

— Wisc ou W.C. dans 26 cas.
— Terman Merrill dans 11 cas.
— P. M. 38 dans 11 cas.
— Binet Simon Z dans 2 cas.
— Kohs.

Les résultats obtenus s'échelonnent entre 70-75 et 130, la majorité entre 90 et 110.

— 70-75 dans 1 cas
— 75-80 dans 3 cas
— 80-85 dans 4 cas
— 85-90 dans 2 cas
— 90-95 dans 9 cas
— 95-100 dans 8 cas
— 100-105 dans 9 cas
— 105-110 dans 5 cas
— 110-115 dans 3 cas
— 115-120 dans 3 cas
— 120-125 dans 2 cas
— 130 dans 1 cas

Sans tenir compte d'un chiffre strict et pris isolément, ces résultats nous permettent cependant une estimation approximative.



4. — *L'étude de la personnalité* s'est faite à l'aide d'entretiens avec les enfants, de dessins et de tests projectifs.

Nous avons utilisé le test de RORSCHACH dans 20 *cas*, très souvent associé au T.A.T.

Le T.A.T. seul a été employé dans 9 cas.

Le C.A.T. chez les plus jeunes a été fait 4 fois et le Patte Noire dans 6 *cas*.

Le Bestiaire a été utilisé 2 *fois* et les Fables de Düss une fois.

Nous avons travaillé pour le bilan psychométrique avec les Psychologues des différents services, essentiellement celles de la consultation du C.H.U.

ETUDE ANALYTIQUE DES SIGNES D'APPEL

1°) Difficultés scolaires.

2°) Troubles caractériels et du comportement familial et social.

3°) Manifestations affectives de type somatique.

4°) Tendances névrotiques.

I. — DIFFICULTES SCOLAIRES

Les « difficultés scolaires » constituent le signe d'appel essentiel de toutes ces consultations.

Nous les retrouvons dans 45 *dossiers.*

Ces problèmes scolaires vont engendrer *des retards* de 1 à 3 ans dans 35 *cas,*

et par là se transforment en problème familial, en conflit plus ou moins aigu selon l'exigence des parents, et surtout, leur anxiété face à la non réussite de leur enfant ; le problème est encore majoré chez le garçon par rapport à la fille.

On conçoit aisément que ce soit dans le milieu scolaire que se manifestent les difficultés affectives des enfants, car, entre 7 et 16 ans c'est pour eux un milieu de maturation sur de nombreux plans, leur possibilité d'intégration et d'adaptation à la société.

RETARD de 1 à 3 ans	35 cas
INSTABILITE PSYCHOMOTRICE	26 cas
REFUS SCOLAIRE	
actif : indiscipline opposition caractérielle	16 cas
passif : lenteur inertie	16 cas
ECOLE BUISSONNIERE	6 cas
PHOBIE SCOLAIRE	2 cas
TROUBLES INSTRUMENTAUX	11 cas

Les différents symptômes que nous avons rencontré peuvent être isolés, mais le plus souvent associés pour créer le syndrome *d'inadaptation scolaire* ou mieux, de désadaptation.

Il est difficile d'en faire un relevé numérique, car les plaintes des parents rendent compte *du mauvais rendement global,* instabilité, ner-

vosité, paresse, mauvaise volonté. Nous avons tenté de détailler, cependant, ces manifestations.

Le plus souvent c'est donc :

— *Une instabilité psychomotrice* qui est invoquée (26 fois), avec une labilité de l'attention extrême, un besoin incessant de mouvements et de changements, une impulsivité, une absence complète d'inhibition avec impossibilité de respecter l'ordre de la classe.

Il ne semble pas s'agir d'une instabilité de type névrotique traduisant une angoisse mais plutôt d'un comportement infantile, de conduites non contrôlées correspondant à celles de très jeunes enfants. Ils se lèvent en classe pour parler aux autres, exactement comme font les enfants des classes maternelles.

Viennent ensuite des signes traduisant le
— *refus scolaire* de façon
- active, franche (16 fois)
avec indiscipline
agressivité
opposition caractérielle
- passive (16 fois)
avec lenteur, manque d'appétence
inertie.

— Nous avons 2 *cas de phobie scolaire* et 6 *cas* d'enfants faisant l'*école buissonnière* :

- Dans le cas de *refus scolaire, névrotique,* il s'agit d'un enfant de 10 ans d'un bon niveau intellectuel (Q.I. 110), dont le père est professeur. Il pleure, fait une colère terrible pour ne pas aller en classe invoquant la peur de la maîtresse ; il est très en retard (2 ans). Le père est rigide, exigeant alors que la mère est très anxieuse : il en est très dépendant.

C'est à la fois l'école et la crainte de la séparation qui déclenche son angoisse.

Pour l'autre cas : il s'agit d'un garçon de 12 ans qui refuse obstinément d'aller en classe où il est en retard de deux ans environ. Il craint de ne pas réussir, de ne pas savoir faire ce qu'on lui demande, a peur du maître et de ses camarades. Il est très attaché à ses parents, à son père qui est malade surtout ; il est très dépendant d'eux.

Ces cas semblent avoir les caractéristiques décrites par A. M. Johnson, 1941, dans son étude sur les phobies scolaires.

- Nous avons 6 *cas* d'*école buissonnière* : chez les deux plus âgés il s'agit de troubles de la conduite avec des tendances délinquantes dont on retrouve d'autres manifestations dans leurs observations.

Dans les 4 autres cas c'est plus difficile à définir, car bien qu'il ne s'agisse pas de phobie caractérisée, on retrouve tout de même une anxiété, une crainte expliquant l'évitement de l'école.

— Enfin *dans* 11 *cas* de retard ont été retrouvés des *troubles instrumentaux* : dyslexie, dysorthographie, sans troubles graves du schéma corporel ou de la latéralisation.

Ces déficiences s'inscrivent dans le cadre de troubles de la maturation psychomotrice, associées parfois à d'autres signes de débilité motrice, mais sont aussi la conséquence de facteurs affectifs et émotionnels entrant en jeu dans les relations de l'enfant avec ses éducateurs.

Ces enfants qui ne sont pas des débiles, pour lesquels il y a une discordance flagrante entre le niveau intellectuel et le niveau scolaire, se comportent pourtant comme tels. Ils n'ont pas l'appétit normal d'acquisition motivant tout apprentissage, ne se sentent pas ou peu concernés par les problèmes scolaires. Y aurait-il une attitude d'opposition par refus de grandir, désir de conserver l'état de protection du bébé ?

Nous pouvons ranger dans ce chapitre les *difficultés professionnelles* rencontrées par les adolescents qui sont en apprentissage, dans nos 2 cas, avec instabilité, opposition au patron, absentéisme.

II. — *TROUBLES CARACTERIELS ET DU COMPORTEMENT*

A) FAMILIAL

B) SOCIAL

Associés à la grande fréquence des difficultés scolaires on trouve celle des *troubles caractériels et du comportement* dans

- *le milieu familial* dans
  — 33 *cas*
- et *dans la société*
  — 8 *cas*

qui sont le fait des adolescents les plus âgés.

Il est difficile de dénombrer les signes d'appel qui sont multiples, associés.

— *Les troubles caractériels, l'opposition,* sont cependant au premier plan avec tous les degrés possibles des caprices et colères, réactions caractérielles mineures à des actes plus graves et voire même à la délinquance.

On retrouve parmi les plaintes les plus courantes : la désobéissance, l'entêtement, la turbulence, l'instabilité, la paresse.

Certains enfants réagissent, cependant, par la bouderie, le semi-mutisme, retrouvés dans
— 3 cas
et par une opposition passive avec inertie, apathie dans
— 4 cas,
ou un infantilisme du comportement dans
— 10 cas.

— *Les fugues* allant de quelques heures à la journée, souvent avec école buissonnière ou à la suite d'une punition, se retrouvent dans
— 13 cas.

— *Les vols* ou plutôt *petits larcins* dans le milieu familial uniquement se sont produits dans
— 11 cas.

Un seul des enfants avait commis un vol hors de chez lui : à l'âge de 7 ans il avait pillé un tronc d'église.

Ils correspondent à l'idée infantile que voler les parents n'est pas voler.

Ce sont, en général, des vols d'argent dans le porte-monnaie de la mère pour des achats de sucreries ou de jouets ; un des enfants avait pris un billet de 100 F qu'il a caché pendant plusieurs jours.

Les vols et les fugues sont toujours associés dans nos observations.
— Il y a trois observations d'enfants qui ont *mis le feu* volontairement à des papiers, à un atelier... ils sont tous les trois jeunes (10 ans...).

Dans deux cas qui sont nos adolescents, les plus âgés, on peut parler de *pré-délinquance :* adolescents dissociaux, impulsifs. Ils sont vraiment à la limite de notre étude, la carence éducative des facteurs socio-économiques ayant joué davantage que le facteur parents âgés.

— OPPOSITION CARACTERIELLE Caprices, colères, désobéissance	33 cas
— INFANTILISME DU COMPORTEMENT	10 cas
— OPPOSITION PASSIVE	4 cas
— BOUDERIE SEMI-MUTISME	9 cas
— FUGUES	13 cas
— VOLS	11 cas
— INCENDIES	3 cas
— PRE-DELINQUANCE	2 cas
— TENTATIVE DE SUICIDE	1 cas
— MENACES DE SUICIDE	2 cas
— TROUBLES DU COMPORTEMENT SEXUEL	2 cas

— Nous avons *une seule tentative de suicide* qui est le fait d'un adolescent de 15 ans et *deux menaces,* à l'égard de la mère, qui sont le fait de plus jeunes : 10 et 13 ans (menaces se répétant souvent ou se terminant par des fugues).

Celui de 10 ans était parti de chez lui en laissant une lettre très triste à sa mère :

« Maman,

Je m'en vais à ..., Je reviendrai plus jamais dans cette maison parce que tu ne veux plus que je reste, tu diras aux gendarmes qu'ils viennent me chercher. Au revoir maman.

Signé : Patrick. »

L'autre de 13 ans, caractériel, opposant, faisait auprès de sa mère un véritable chantage pour obtenir ce qui lui était refusé :

— Dans deux cas, enfin, nous trouvons des *troubles du comportement sexuel :*

— chez une adolescente un comportement hypersexuel sans aucune inhibition,

— chez un adolescent une homo-sexualité.

Ces troubles caractériels et du comportement ne nous semblent pas réactionnels à une situation conflictuelle. Il y a même plutôt une absence de conflit.

Ils nous semblent traduire un mauvais contrôle, une impulsivité des réactions avec une agressivité certes, mais superficielle ; ce sont des réactions orales aux frustrations ou anales d'opposition, mais sans durée, sans persistance, de l'ordre du caprice. Il n'y a pas de véritable opposition à l'autre pour observer sa réaction et s'y modeler comme dans la névrose, il n'y a pas d'identification, car les parents en général n'amènent pas la sanction (positive ou négative) qui permettrait de s'opposer de façon structurante. L'agressivité exprimée par ces troubles n'apparait pas conflictualisée, sous tendue par une anxiété.

III. — *LES MANIFESTATIONS AFFECTIVES DE TYPE SOMATIQUE*

A) Les problèmes sphinctériens
- Enurésie
- Encoprésie

B) Les dérèglements neurologiques ou neuro-végétatifs
- Sommeil
- Réactions psychomotrices
  Troubles du langage
  Tics
  Instabilité

C) Les problèmes alimentaires et digestifs
- Boulimie
- Caprices alimentaires
- Potomanie
- Onychophagie

C'est en référence à la classification de MICHAUX que nous adoptons cette classification des perturbations affectives.

Nous avons rencontré ces manifestations affectives de type somatique

— 33 fois

là aussi, comme dans les chapitres précédents, ces troubles sont souvent associés.

— A) *LES PROBLEMES SPHINCTERIENS :*

12 cas avec
11 *Enurésies*
1 *Encoprésie*

En ce qui concerne les énurésies il s'agit d'énurésies

1 AIRES dans 8 cas :
- permanentes :7 fois
- transitoire : 1 fois

et

2 AIRES dans 3 cas :
- permanente : 1 fois
- transitoires : 2 fois

— *Troubles sphinctériens* ..... 12 cas
- Enurésie 11
- Encoprésie 1

— *Dérèglements neuro-végétatifs* ..... 14 cas
- Sommeil 9
- psychomotricité :
- Langage 5
+ Instabilité psychomotrice (26 cas)

— *Problèmes alimentaires et digestifs* ..... 7 cas
- Boulimie 3
- Caprices-Anorexie 3
- Potomanie 1

Il s'agit toujours *d'énurésies nocturnes* et de garçons dans 7 *cas sur* 11, cette fréquence supérieure chez les garçons va dans le sens des travaux faits jusqu'à ce jour.

Bien entendu les affections neurologiques ou autres ont été éliminées par des examens neurologiques et biologiques quand un doute se posait. Mais dans le cas des énurésies essentielles primitives nocturnes, avec mictions normales dans la journée, il n'existe pas d'affection organique qui puisse donner de tels troubles (M. SOULE).

Le seul cas *d'encoprésie* que nous ayons est celui d'un garçon qui est, également, énurétique.

Agé de 11 ans, il ne présente ces manifestations que transitoirement, mais les a présentés en permanence jusqu'à l'âge de 8 ans. Chez cet enfant les troubles du caractère, l'immaturité affective sont si importants qu'on a pu penser à un comportement pré-psychotique.

— B) *LES DEREGLEMENTS NEUROLOGIQUES OU NEURO-VEGETATIFS :*

- *Troubles du sommeil :*
9 *cas*

Ils sont, en général, de type insomnies ou sommeil agité et ne motivent jamais la consultation.

C'est dans 6 *cas* que l'on retrouve un sommeil agité avec réveils fréquents, cauchemars.

Dans 2 *cas*, seulement, sont signalées des difficultés d'endormissement avec nécessité d'un rituel très organisé.

Nous avons relevé 1 *seul cas* de terreur nocturne chez une fillette de huit ans, adoptée, très anxieuse.

Enfin, dans 2 *cas*, nous avons rencontré des rythmies, balancements importants dont une enfant de 12 ans, qui traversait la chambre en faisant bouger le lit.

— *Réactions psychomotrices*

Troubles du langage : 5 *cas*
avec retard simple dans 3 *cas*
troubles articulatoires, altération des phonèmes normaux remplacés par des approximations, zezaiement...

Nous avons 2 *cas* de bégaiement transitoire, émotionnel, ne se situant ni dans le cadre des difficultés de langage, ni de difficultés psychomotrices ; il semble s'agir d'un trouble dépassant le langage, lié à l'anxiété et à la difficulté de communiquer ; à rapprocher de ces deux cas, bien qu'il ne s'agisse pas d'un bégaiement, une enfant s'exprimant à voix basse est difficile à comprendre.

Enfin, nous avons un enfant de 9 ans qui avait été adressé pour un mutisme avec un retard de langage associé à des troubles psychomoteurs.

L'instabilité psychomotrice que nous avons rencontrée dans de nombreux cas (26) a été envisagée avec les difficultés scolaires.

L'instabilité psychomotrice aurait sa place dans cette classification, mais nous tenons compte de la fréquence des troubles motivant les consultations et nous ne tenons pas à faire une classification exhaustive.

A ranger dans cette partie nous avons 2 *cas* d'onychophagie que nous isolons parce qu'elles sont vraiment plus importantes que ce l'on admet habituellement, traduisant ici une anxiété sous-jacente.

— C) *LES PROBLEMES ALIMENTAIRES ET DIGESTIFS :*

- 7 *cas*

avec

3 cas de Boulimie
3 cas de caprices alimentaires avec anorexie
1 cas de potomanie associée à une énurésie, regressant avec la disparition de l'énurésie.

IV. — *LES TENDANCES NEVROTIQUES CARACTERISEES :*

— ANXIEUSES
— PHOBIQUES
— HYSTERIQUES
— MALADIES PSYCHOSOMATIQUES

Nous avons rencontré chez un petit nombre d'enfants des tendances névrotiques caractérisées dans : 7 *cas*.

On sait bien que chez l'enfant l'existence de symptômes ou de groupement de symptômes névrotiques ne conduit pas forcément au diagnostic d'une organisation névrotique spécifique. Le symptôme ne prend un sens que par rapport à l'histoire de l'enfant, à l'évolution de l'ensemble de sa personnalité.

Nous n'avons jamais rencontré de crises d'angoisse typiques, si ce n'est lors des troubles du sommeil, en interprétant comme telles les terreurs nocturnes.

Dans 4 de nos observations, nous trouvons des *manifestations hystériques,* que nous isolons ; nous pensons qu'il s'agit souvent d'une exagération des manifestations physiologiques de l'enfance. Nous avons chez deux adolescents une fille et un garçon, de véritables crises névropathiques. Chez les deux autres enfants ce sont des plaintes somatiques : céphalées et douleurs abdominales qui sont alléguées. Il faut souligner que dans ces cas c'est là le motif de la consultation.

Dans 2 *cas,* nous avons pu parler de *phobie scolaire.*

Enfin, dans le domaine des maladies psychosomatiques, nous n'avons qu'un seul dossier d'enfant de 13 ans, *asthmatique* depuis l'âge de deux ans. (On retrouve dans une autre observation des antécédents d'asthme dans les deux premières années.)

MANIFESTATIONS NEVROTIQUES

— PHOBIQUES	2 cas
— HYSTERIQUES	4 cas
— PSYCHOSOMATIQUE	1 cas

SEMIOLOGIE DE L'IMMATURITÉ

I. — *SELON LES THEORIES*

1) CLINIQUE

2) TESTS

II. — *SELON NOS OBSERVATIONS*

1) CLINIQUE

2) TESTS

I. — *Selon les théories*

Il faut souligner avant tout qu'il s'agit d'une notion galvaudée recouvrant beaucoup de signes et de réactions, employée souvent à tort ou en tout cas sur un trait isolé ou sur une impression clinique.

C'est donc une notion essentiellement vague, mais recouvrant tout de même une réalité.

La notion même d'immaturité est une notion relative, traduisant une insuffisance considérée par rapport à un idéal de maturité.

L'immaturation peut être globale touchant l'ensemble du développement ou bien n'en concerner que certains secteurs.

Avec AJURRIAGUERRA, on peut parler d'immaturation E.E.G., émotionnelle, psychomotrice, intellectuelle et affective, donc aborder tout le champ de la psychopathologie du développement.

L'immaturité affective, sur les divers aspects de laquelle nous reviendrons plus longuement, va créer un mode de comportement et de réaction particulier, explicitable par la discordance entre les conduites imposées par les pulsions inconscientes et les buts consciemment recherchés par un développement intellectuel normal ; on se trouve alors devant un mode d'être, d'adaptation particulier que l'on peut retrouver chez l'adulte, où il est beaucoup plus visible et plus flagrant, mais avec les mêmes caractéristiques.

On désigne cette immaturité par la notion d'infantilisme affectif ou de psycho-infantilisme, car ce sont les traits du comportement infantile normal qui persistent, alors qu'ils devraient se transformer ou s'effacer selon les différents moments du développement.

Cette notion nous semble recouvrir une structure particulière de personnalité, constituer chez l'enfant que nous avons étudié une entité en soi et non l'expression d'un état névrotique, une fixation ou une régression à l'un des stades du développement.

Les études théoriques concernant l'immaturité affective sont riches, on peut essayer de donner, tout d'abord, les caractères les plus spécifiques, les principaux traits de comportement de l'enfant normal pour y faire référence.

La pensée infantile est, essentiellement, *subjective,* de là le caractère irrationnel de ses explications du monde.

Cette subjectivité est l'expression d'un *égocentrisme* important, expliquant la difficulté qu'il éprouvera à résister aux frustrations : colères, révolte, opposition, repliement, vie imaginaire.

La dépendance affective est l'envers de cet égocentrisme. C'est dans le sens d'une autonomie progressivement acquise à l'égard de sa mère et d'une adaptation de plus en plus étendue avec d'autres personnes que sa famille, que se fera son évolution affective normale.

Un autre aspect de l'organisation mentale du jeune enfant c'est *sa labilité* : de la pensée comme du comportement. Il éprouve de la difficulté à se concentrer. L'*instabilité* et la *sugestibilité* de l'*esprit*

enfantin font que l'enfant vit dans le présent, ne peut avoir une activité intentionnelle, décidée à l'avance, projetée dans le temps et maintenue dans son exécution. Il y a donc chez l'enfant une grande *fragilité des notions de temps.*

Il semble donc y avoir une *insuffisance de contrôle,* de *la pensée,* de *l'action,* des *émotions,* entraînant la primauté des affects par rapport aux instances rationnelles dans toute situation où il est engagé.

Dans le domaine de l'activité c'est essentiellement le *goût de l'activité ludique* qui trouve en elle-même sa propre satisfaction.

La maturité serait définie par :

— La capacité d'autonomie personnelle,
— L'attitude objective envers soi-même et le milieu,
— L'intégration de la fonction sexuelle,
— L'acquisition d'une formation professionnelle, l'existence d'un but dans la vie, l'intégration d'une option métaphysique.

L'immaturité affective ensuite, est faite de nombreux traits, exprimés différemment selon les auteurs, mais que l'on peut regrouper, avec :

— Roberrechts et Lievens
— Ajurriaguerra
— Ey
— Jampolsky
— Codet-Lafforgue

— CLINIQUE

1) LE COMPORTEMENT

2) LA PERSONNALITE

appréciée à l'aide des entretiens et des différentes méthodes projectives.

1° *Sur le plan du comportement :*

— manque d'initiative, *passivité,*
— goût du jeu,
— manque de persévérance dans les activités, goût du changement de la nouveauté, manque d'ordre. *INSTABILITE* (non névrotique à un niveau bas),
— insouciance, absence généralisée d'intérêts surtout par les conduites abstraites, le travail scolaire,
— recherche des satisfactions sur le plan instinctuel : oral surtout (goûter, etc.),
— enthousiasme facile et fugace,
— manque de volonté, suggestibilité,
— peu de retentissement du passé,
— dépendance exagérée vis-à-vis de la mère, manque d'autonomie, tendance à rester petit,
— petits vols domestiques, mensonges, promesses faciles,
— impossibilité d'inhiber les réactions émotionnelles : réactions impulsives (larmes faciles), réactivité infantile (colères),
— impossiblité de porter des jugements intellectuels et non affectifs,

— le contact avec les enfants est facile, mais superficiel : gentils, affables, toujours disponibles, malléables et sugestibles,
— désintérêt pour l'ensemble de la situation.

2° *La personnalité :*

est caractérisée par son inconsistance et sa faiblesse,
— manque d'autonomie, besoin de protection,
— narcissisme, égocentrisme,
— besoin de satisfaction immédiat des intérêts,
— dynamisme faible, à un niveau primitif,
— intolérance aux frustrations,
— conformisme : le surmoi est admis, mais non intégré à la personnalité,
— passivité,
— affectivité pauvre se caractérisant par un certain vide intérieur, mais avec présence de liens avec les parents, dépendance de la mère,
— absence d'agressivité et de ressentiment (ils se sentent toujours à l'aise, ne se vexent pas).
— absence de conflit (peu ou pas d'anxiété, d'où impossibilité d'affirmation de soi).

Tests

En outre, *les Tests,* révèlent :

— une absence totale d'anxiété dans la situation de testing,
— un rendement intellectuel suffisant,
— une labilité des fonctions mentales (surtout la concentration),
— un retard scolaire,
— une vue courte de l'esprit (pas de projet, pas de : « quand je serai grand »),
— un manque d'esprit combattif, de sens critique,
— on peut donc parler d'un manque de maturité intellectuelle, distinct du degré d'intelligence.

On rencontre souvent des formes légères, non complètes touchant plus ou moins électivement un secteur, surtout chez l'adolescent.

LES TESTS :

Il n'existe pas de tests spécifiques permettant de mesurer le degré de maturité d'un individu.

Cependant, beaucoup d'épreuves peuvent fournir des indices objectifs de comportement et d'attitudes observées habituellement chez l'enfant. On étudie par exemple le degré d'objectivité...

Cependant, le degré de maturité s'exprime d'une forme plus globale à travers des épreuves synthétiques à caractère clinique que sont les tests projectifs dans leur ensemble, à partir même du dessin et des tests :

Rorschach, T.A.T., P.N., C.A.T. C'est surtout au niveau du Rorschach que nous avons cherché à scerner l'immaturité.

On peut difficilement énumérer une série de signes caractéristiques de l'immaturité affective car on sait combien le test de Rorschach

doit être interprété dans son ensemble, en tenant compte des différents éléments :

— mode d'appréhension

— déterminants,

— contenus,

— et éventuellement l'originalité ou la banalité des contenus, les chocs.

En outre, il y a des variations importantes selon l'âge, des interprétations qui vont traduire une immaturité chez l'adolescent, alors qu'elles sont normales chez l'enfant de 8 ans. Certains signes cependant, sont caractéristiques :

— contenus typiquement infantiles,
tortues,
volcans,
étoiles, anges...

— manque d'élaboration du point de vue des réponses kinésthésiques,

— kinesthésies animales à la P. III, par exemple à la place des hommes,

— conduite particulière, énumérative de détails dans le type d'appréhension.

Pour un animal, par exemple, énumération des différentes parties de son corps pour le décrire :

— les réponses couleur et estompage viennent s'ajouter traduisant le manque de contrôle émotionnel. Elles sont pondérées avec les réponses forme, suivant que la forme a été l'élément prépondérant, secondaire ou absent dans l'élaboration d'une réponse, par ailleurs, déclenchée par la couleur des tâches.

On estime qu'un sujet a atteint la maturité affective quand il donne plus de F.C. que de C.F. et de C. ensemble.

— L'indicateur d'angoisse est très faible.

— Il y a un faible pourcentage de réponses humaines par rapport aux réponses animales.

Au niveau des autres tests on note aussi des signes d'immaturité avec des identifications regressives, des références à des activités ludiques et infantiles, un manque de contrôle émotionnel.

II. — SELON NOS OBSERVATIONS

CLINIQUE :

Dans nos observations *l'impression globale* que nous avons est celle *d'enfants faisant*, par leur comportement, *beaucoup plus jeunes que leur âge* (aspect extérieur, réactions, comportement général, tests) d'enfants qui posent des problèmes à leurs parents, mais eux ne les ressentent pas, ne se sentent pas concernés par les problèmes qu'ils posent, ni par la consultation ou le placement. Au contraire s'ils sont inquiets ou anxieux par la démarche même de venir, on peut

penser à des traits névrotiques. Nous citons ici l'observation d'une l'on a devant de tels enfants :

OBS. N° 3 D... Magali, 18 ans, née le 12-2-1951. Vue en 1969 C.H.U.

Parents adoptifs

Mère 66 ans (+ 48) Père 70 ans (+ 52)

Parents

(Commerçants)

Fratrie Enfant unique

Adolescente de 18 ans amenée par ses parents pour des **troubles du comportement**; on apprendra au cours de l'examen qu'elle est **énurétique** ce qui n'inquiète personne dans la famille.

C'est une grande fille brune, apathique, souriante et conformiste. Elle n'est pas gênée par l'examen et raconte facilement que ses parents l'amènent parce qu'elle sort trop. Ses problèmes ne paraissent pas très vécus (situation d'enfant protégée).

Elle est accompagnée par ses parents : un monsieur de 70 ans et une dame de 66 ans qui ont un commerce important; ses parents sont en réalité des parents adoptifs qui l'ont prise à 15 mois. Elle a toujours été au courant de cette situation. A la maison vit avec eux une grand-mère de 88 ans. Elle est fille unique.

Pas d'antécédents pathologiques notables. Elle a marché et parlé assez tard, a toujours été **énurétique** et présentait des **difficultés d'endormissement :** il fallait que sa mère lui tienne la main. Elle se plaignait souvent de céphalées et sa mère la gardait avec elle, sans la mettre à l'école.

L'examen somatique est normal.

Aucun trouble caractériel chez elle : « nous l'avons toujours gâtée, pourrie », disent les parents, elle est charmante, nous sommes plutôt comme des grands-parents pour elle. Elle aurait eu, récemment, des relations sexuelles avec un garçon d'un milieu différent et les parents pensent qu'il en voulait à leur argent.

C'est donc une adolescente qui vit entre deux vieillards, **choyée, n'ayant aucune autonomie, suggestible.** Son père : « c'est un corps de femme avec un raisonnement de 10 ans », et c'est tout à fait l'impression qu'elle donne; **elle bétifie.**

Sa scolarité a toujours été très moyenne, elle a redoublé la 6e, actuellement elle est en 3e année de C.A.P. commercial et va s'occuper du commerce de ses parents; elle fait d'ailleurs preuve d'un **manque total du sens des réalités,** à ce sujet en particulier pensant s'occuper seule de cette grosse affaire.

1°) LES TESTS : — W. B.

Cliniquement son niveau intellectuel est limite. Aux tests : elle obtient un Q.I. de 90 homogène.

Son comportement est caractérisé par **la passivité et le manque d'initiative.** Elle ne fait preuve d'**aucune anxiété,** est souriante et docile, **un peu sottement.** On constate aussi ses **goûts ludiques,** avec des références aux spectacles à la télévision, etc.

2°) LA PERSONNALITE : Rorschach — T.A.T.

L'analyse des projectifs confirme cette première impression que donne Magali.

Au Rorschach, le type d'appréhension est G. absent, D. Dd, Dbl. La capacité d'abstraction est pratiquement nulle, la perception d'une situation se fait de façon fragmentaire. Cette **appréhension du monde par le détail** et même le petit détail, correspond à son attitude manifeste pendant la passation. Magali prend la planche et aussitôt l'approche d'elle, parfois de très près (15 cm !). Cette attitude correspond plus sans doute à une limitation d'ordre intellectuel que d'ordre émotionnel. L'esprit de minutie est très important. On note de nombreux détails de détail associés à des **contenus pauvres ou infantiles.**

Il faut noter les réponses Dbl qui manifestent la présence d'une agressivité inconsciente.

L'opposition est, cependant latente, plus que franche ou directe. Assez forte tendance insconsciente à prendre le contre-pied ce qui est proposé. Tendance qui se manifeste dans la manipulation des planches. Magali n'accepte pas le sens proposé et renverse rapidement la planche. Cependant compte tenu de son type de raisonnance intime **coarté,** ceci peut être signe d'indécision.

L'analyse des déterminants montre un très fort pourcentage de réponses formes (93 %). Ce nombre beaucoup trop élevé des réponses formes indique un étouffement de la vie affective et personnelle. D'autre-part, ces formes sont souvent mal perçues puisque le pourcentage de bonnes formes n'est que de 50 % (normalement 80 %). La rationnalisation est mauvaise.

Le type de raisonnance intime (coarté) manifeste aussi un retrécissement de la personnalité. Ce type de formule relève d'une personnalité infantile et non d'un fort refoulement.

Au niveau des contenus, on note des **identifications très infantiles** avec 63 % de **contenus animaux.** Les réponses humaines sont absentes (un détail d'homme sur 30 réponses), même à la planche 3, ceci est encore à interprêter comme le signe d'une personnalité très infantile, et montre à quel point les préoccupations dans ses rapports avec ses parents la préoccupent peu finalement.

L'ensemble du test ne correspond pas du tout à la personnalité d'une adolescente. On note aussi un certain **conformisme social** : nombre élevé des banalités.

— **Au T.A.T.,** l'infantilisme de la personnalité de Magali est dominant.

On retrouve dans presque toutes les planches la situation triangulaire familiale. Le héros auquel Magali s'identifie visiblement exprime ses propres préoccupations et réagit comme elle le ferait, c'est-à-dire, par la **passivité,** et une **dépendance extrême** vis-à-vis de la famille.

A la planche 4 : la jeune fille est invitée à une boum. Ses parents discutent « s'ils disent oui ele ira. Sinon elle ira dans sa chambre où elle passera par la fenêtre, mais je ne pense pas. Moi je le ferais pas... ». Les mêmes thèmes reviennent à toutes les planches. Les situations de couple ne sont jamais envisagées. **Les intérêts sont restreints** : aider à faire le ménage. On note surtout un **conformisme social** très important avec les aspirations habituelles : gagner sa vie, se marier, mais avec quelqu'un qui convienne (s'il est catholique il se convertira au protestantisme, s'il m'aime...), **L'affectivité est pauvre, avec un certain vide intérieur** et des liens avec les parents, liens de dépendance. **Vues courtes de l'esprit** avec **manque de réalisme** évident : pense pouvoir mener toute seule le commerce l'an prochain.

CONCLUSIONS :

— Dans l'ensemble, personnalité très immature, très infantile qu'il conviendrait peut-être de déconditionner du milieu familial.

— Elle donne l'impression d'une débile lorsqu'on la voit (on peut évoquer chez elle un problème génétique?).

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Déconditionnement temporaire du milieu.
— Mouvements de jeunes.

— *Au premier contact,* lors de l'examen, ces enfants ne sont *pas du tout inhibés,* se prêtent facilement à ce qu'on leur demande, *ne sont pas anxieux :* ils ne craignent ni ne recherchent le contact, ce sont toujours les mêmes phrases qui sont relevées : « pas d'anxiété », « passivité », « s'adapte bien », « contact facile à établir mais très superficiel ».

On pourrait l'illustrer par de nombreux cas.

N° 13, c'est un garçon de 11 ans.

« C'est un enfant nonchalant et apathique, très épanoui, faisant penser à un gros poupon satisfait. Le contact avec lui est très facile, il se montre coopérant, très peu anxieux par la situation d'examen, dépendant de l'examinateur, éludant ce qu'il ne veut pas faire par des plaintes infantiles. »

N° 10, garçon de 12 ans.

« Il se confie facilement, se montre très coopérant lors des tests, ne paraît pas du tout concerné par ce qu'on lui fait faire, suit passivement sa mère ; il n'y a pas chez lui aucune anxiété dans la situation de testing. »

— Mais si cette *participation est facile,* dépourvue d'anxiété et d'inhibition, elle n'en est pas bonne pour autant ; en effet ces enfants réagissent passivement, ne voyant pas l'intérêt des problèmes et leur participation reste *très superficielle.* Ils sont souvent bavards, logorrhéiques.

N° 42, fillette de 9 ans.

« Bien adaptée au Centre, sa participation aux examens est très décevante : elle ne sait pas pourquoi elle est là, qui et comment a-t-on décidé de son séjour. Elle suit le mouvement et se laisse vivre minute par minute. »

N° 27, fillette de 8 ans.

« Au cours de l'entretien, Simone est très à l'aise, logorrhéique, mais il est difficile d'avoir un contact avec elle ; les sujets restent ébauchés et il n'y a pas de développement. Elle n'utilise pas un langage normal, mais un mode d'expression bébé, enfantin, superficiel et apparemment euphorique. Elle est très instable. »

— *La dépendance affective du milieu* et *de la mère* en particulier qui nous paraît être un des traits les plus caractéristiques de notre étude peut se manifester dès le début de l'entretien par *des difficultés de séparation.* Lors des entretiens on voit que ces enfants sont *incapables d'autonomie,* se montrent dépendants de l'adulte en général, n'ont que le milieu familial comme point de référence, c'est une dépendance qu'ils ont bien intégré, contre laquelle il n'y a aucun essai de révolte ; lors des tests ces enfants cherchent à se faire remarquer, à intéresser l'adulte, *ne supportent pas la frustration.*

N° 12, garçon de 8 ans.

« Il est très ouvert, s'exprime bien, prend une attitude décontractée ou même opposante ; il n'est pas stimulé par ce qu'on lui demande, se couche à demi sur la table. Il essaye de forcer l'attention, d'obtenir la complicité de l'adulte par de grandes exclamations, des soupirs, des attitudes théatrales, tout un comportement ludique un peu exagéré pour un enfant de son âge. »

N° 23, garçon de 9 ans.

« Sa participation est bonne : il ne supporte pas la frustration : quand une troisième personne entre dans le bureau il s'agite, soupire, est très instable. »

— Certains *participent tellement peu* qu'ils *jouent* pendant l'examen, ne s'occupant pratiquement pas du médecin (dans deux cas seulement).

N° 8, fillette de 9 ans.

« Très infantile, elle bavarde et joue beaucoup pendant la passation des tests. Son attention est très labile. Il faut sans cesse la rappeler à l'ordre. »

N° 32, garçon de 10 ans.

« Il est passif, pas inhibé, mais s'exprimant peu et par monosyllabes. Il joue sans porter trop d'attention au médecin et demande quand il va partir, ce qui évidemment n'est pas un comportement adapté à 10 ans. »

— Il faut, cependant, noter que chez certains de nos enfants le contact était tout à fait différent avec *une certaine anxiété, une inhibition, ou au contraire une recherche de contact*, traduisant des difficultés relationnelles et une *structure névrotique.*

N° 6, fillette de 8 ans.

« Durant tout l'examen elle est inhibée, contractée, s'exprimant difficilement, faisant preuve d'une grande lenteur. »

N° 1, fille de 15 ans.

« Elle manifeste un désir de contact évident lors de la passation des tests et des entretiens. Le contact est facile avec elle, elle est heureuse qu'on s'occupe d'elle, qu'on la prenne en charge et se confie facilement. »

— On retrouve par la suite *un comportement général de passivité*, avec une *apparente absence de conflit*, une *sérénité* qui nous semble tout à fait caractéristique.

Il y a chez ces enfants une certaine *lenteur* avec souvent associée une *maladresse*, vraisemblablement liée à des *difficultés d'ordre psychomoteur.*

Nous devons signaler la fréquence relativement élevée de ces difficultés psychomotrices (30 cas), avec une débilité motrice nette dans trois cas seulement. Le plus souvent c'est un manque de contrôle émotionnel qui est évoqué « mouvements impulsifs, mal contrôlés, difficultés de coordination, maladresses, manque d'automatisme, lenteur, instabilité ».

— *Les goûts ludiques, l'absence d'intérêt pour l'effort,* avec *infantilisme du comportement* expliquent le manque de goût pour les activités scolaires et les difficultés rencontrées dans ce domaine.

N° 3, adolescente de 18 ans.

« Goûts ludiques avec référence aux spectacles de télévision, intérêts restreints. »

N° 48, garçon de 13 ans.

« Il a fait un apprentissage manuel qui s'est soldé par un échec : en effet, il se concentre difficilement et n'apporte aucun intérêt aux tâches proposées. Il essaye de s'en débarrasser au plus vite, l'idée de l'effort lui semble inutile, il demande souvent de l'aide à ses camarades. Il s'enthousiasme facilement, ne voyant pas les difficultés.

— *L'instabilité,* le *manque de volonté* et de *persévérance* sont retrouvés dans la plupart de nos observations.

« Il se décourage facilement, ne maintient pas son effort. »

N° 34, garçon de 12 ans.

« Il s'adapte bien à tout, mais se lasse aussitôt de tout ce qu'il entreprend. Il est très instable, de type « papillon », se disperse. Il recherche sans cesse la présence de l'adulte et a besoin d'être stimulé pour faire ce qu'il entreprend. »

N° 36, garçon de 15 ans.

« Abandon facile et souriant devant la difficulté. Il a sans cesse besoin d'être soutenu et valorisé. »

— On note aussi le *besoin permanent de stimulation,* ne traduisant pas l'anxiété devant une tâche, mais le manque de goût, d'accrochage.

N° 24, garçon de 14 ans.

« En classe avec les éducateurs il a toujours besoin d'être stimulé pour participer aux activités. Il est souriant, puéril, ne fournit un effort que momentanément, à la suite de remarques sévères. »

N° 27, fillette de 8 ans.

« Elle n'est pas capable de fournir un effort quand on ne reste pas à côté d'elle, n'est pas autonome devant le travail, s'oppose quand cela ne lui plaît pas. »

N° 17, garçon de 12 ans.

« Il ne travaille bien que lorsqu'il sent une autorité ferme, ne prenant pas au sérieux ses menaces infantiles. Il faut qu'on s'occupe sans arrêt, tout particulièrement, de lui. »

— *Le manque de contrôle émotionnel* avec des *réactions impulsives* est souvent rencontré, pouvant rendre compte de certaines manifestations d'opposition, traduisant parfois l'anxiété :

« Dépendant de ses réactions émotives ».

« Importante labilité émotionnelle. »

— *La suggestibilité* est présente dans pratiquement tous nos dossiers avec *un conformisme* plus ou moins important, mais d'autant

plus que l'immaturité est profonde, le « *bon caractère* », accomodant de ces enfants, *leur absence d'aggressivité* fait qu'ils sont en général bien acceptés par les autres.

N° 36, garçon de 15 ans.

« Au centre il est bien adapté quoi qu'il s'ennuie de sa mère. Il est calme, asthénique, indolent. Il manque de persévérance, d'audace, d'agressivité : il n'aime pas les sports mais plutôt les loisirs de type nonchalant : il aime la vie naturelle et sans contrainte, ne fait pas d'efforts sur lui-même. Dans le groupe il est très suggestible. »

N° 40, garçon de 12 ans.

« Il est opposé à son placement au centre, très attaché à sa mère. Une fois qu'il y est il s'adapte vite, réagit passivement, est admis et aimé par ses camarades ; c'est un enfant calme qui apparemment ne crée pas de conflits, jamais de colères, ni de scènes ; il est toujours placide malgré les frustrations inévitables de la vie en groupe. Il fait preuve d'un conformisme important à l'égard des adultes. Il se laisse facilement entraîner par ses camarades, s'adapte à toutes les situations avec une facilité déconcertante. »

— *La dépendance de la mère* et de l'adulte en général est aussi un trait que nous avons très fréquemment rencontré, avec un *manque d'autonomie, un goût pour rester petit*. Ce sont des enfants qui se plaisent avec des plus jeunes pour jouer ou avec des adultes. Ils n'aiment pas rester avec des enfants de leur âge, à l'école sont bien adaptés dans des classes de petits.

— Sur le plan intellectuel bien que les possibilités soient correctes on peut rencontrer parfois des *niveaux limites* pouvant s'expliquer par une *origine affective*. Ce sont des enfants qui paraissent « bébêtes » sots, ont un comportement tellement passif et regressif qu'ils ne sont pas capables d'utiliser leurs possibilités intellectuelles. (Nous en avons six observations dans les Q.I. les plus bas de nos dossiers). Mais ce n'est pas le cas dans l'ensemble de notre étude où les enfants sont d'intelligence normale ou supérieure.

— Les fonctions intellectuelles sont essentiellement caractérisées par une *labilité* importante : *concentration, attention, un manque de réflexion, une vue courte de l'esprit, un manque de sens critique, d'objectivité.*

N° 14, garçon de 15 ans.

« Il a tendance à tout ramener à lui et à se donner le rôle pénible. Il reste assez peu objectif vis-à-vis de ses problèmes. »

— Sur le plan de la personnalité on retrouve une *affectivité pauvre* avec des difficultés relationnelles, un *narcissisme important*, des *tendances orales* marquées : beaucoup sont boulimiques ou sans l'être manquent beaucoup de sucreries, de bonbons (certains même vont jusqu'à voler de l'argent à leurs parents pour en acheter). Les investissements libidinaux se font au niveau de l'oralité : intérêt pour le goûter par exemple.

— Aux tests on retrouve l'immaturité que nous avons essayé d'étudier à travers le *Rorschach ;* nous citons cinq protocoles de ce test qui nous paraissent caractériser cette notion.

RORSCHACH

Obs. N° 3, adolescente de 18 ans. Magali D.

P. 1.

— un oiseau
— une couronne

P. 2.

— un précipice
— des figures d'hommes
— un animal
— une tête d'escargot

P. 3.

— un papillon
— des chiens, deux chiens
— deux branches d'arbres
— un hippocampe

P. 4.

— un éléphant, une tête d'éléphant
— un crocodile
— une bête qui est couchée...

P. 5.

— une chauve-souris
— une statue
— la France
— une épée

P. 6.

P. 7.

— des têtes d'éléphants
l'éloigne puis la rapproche, mimiques
— des chiens
— une rivière qui passe là

P. 8

— deux animaux
— deux moutons
— deux rochers
Je vois pas...

P. 9.

— deux rhinocéros
Je vois pas...

P. 10.

— deux crabes
— une statue d'italie
— la carte d'italie
— la carte de la Corse
— deux singes
— un oiseau
— un canard.

PSYCHOGRAMME

R = 30
TA = D. Dd. Dbl
F = 93 %
F+ = 50 %
TRI = 0/0
FS = 0/1
réactivité couleur = 36 %
A = 63 % (17 A — 2 Ad)
H = 3 % (I Hd)
obj = 10 %
géog. 10 %
ban = 23 %
IA = 3 %

Au Rorchach. — Le type d'appréhension G : absent, *D Db Dbl.* La capacité d'abstraction est pratiquement nulle, la perception d'une situation se fait de façon fragmentaire. Cette appréhension du monde par le détail et même par le petit détail correspond à son attitude manifeste pendant la passation. MAGALI prend la planche et aussiôt l'approche d'elle, parfois de très près (15 centimètres !).

Cette attitude correspond plus sans doute à une limitation d'ordre intellectuel que d'ordre émotionnel, compte tenu de son niveau et de son attitude nullement angoissée.

L'esprit de minutie est très important : on note de nombreux détails de détails associés à des contenus pauvres ou infantiles.

Il faut noter les réponses Dbl qui manifestent la présence d'une agressivité inconsciente.

L'opposition est cependant louvoyante plus que franche ou directe. Elle a une assez forte tendance à prendre le contrepied de ce qui est proposé. Tendance qui se manifeste dans la manipulation des planches. MAGALI n'accepte pas le sens proposé et renverse rapidement la planche ; cependant, compte tenu de son type de raisonnance intime, coarté, ceci peut être signe d'indécision.

L'analyse des déterminants montre un très fort pourcentage de réponses formes (93 %). Ce nombre beaucoup trop élevé de réponses formes, indique un étouffement de la vie affective et personnelle. D'autre part ces formes sont souvent mal perçues puisque le pourcentage de bonne formes n'est que de 50 % (normalement 80 %). Ceci est à rapprocher du faible niveau intellectuel, proche de la débilité légère.

— Le type de raisonnance intime (%) manifeste aussi un rétrécissement de la personnalité. Ce type de formule relève d'une personnalité infantile et non d'un fort refoulement ; on la retrouve chez les jeunes et non chez l'adolescent. Au niveau des contenus, on note des identifications très infantiles avec 63 % de contenus animaux. Les réponses humaines sont absentes (un détail d'homme sur 30 réponses), même à la planche 3. Ceci est encore à interpréter comme le

signe d'une personnalité très infantile, et montre à quel point les préoccupations dans ses rapports avec ses parents la préoccupent peu finalement.

L'ensemble du test ne correspond pas du tout à la personnalité d'une adolescente.

On note aussi un certain conformisme social : nombre élevé de banalités.

RORSCHACH

Obs. N° 9, garçon de 13 ans. Jean-Claude F. Rorschach.

P. 1.
— une chauve-souris, un peu même comme une sorte de papillon aussi

P. 2.
— une sorte de...
— une sorte de fleur qui s'épanouit là

P. 3.
— A ça, ça ressemble à une bête, à un insecte, à des cafards, la tête avec des pattes

P. 4.
— on dirait l'abdomen là, le milieu d'un insecte avec les antennes

P. 5.
— ça, c'est un papillon

P. 6.
— ça ressemble un petit peu, tout ça à une étoile

P. 7.
— deux têtes là, on dirait deux bustes de femme avec une plume

P. 8.
— on dirait deux animaux là, de chaque côté avec les pattes

P. 9.
— on dirait une bête imaginaire, une sorte de y en avait... qui lance des bouches de feu

P. 10
— deux araignées
— on dirait des boutons de fleurs
— on dirait des personnages là comme des anges.

A + = 1 ça ressemble à une chauve-souris on le voit tout de suite.
A — = 6 pour deviner ce que c'est, à cause de ça (P. supérieur).

PSYCHOGRAMME - JEAN-CLAUDE F.

R = 13
TA = G. *D.*
F = 61 %
F+ = 62 %
TRI = 1/2
FC = 2
CF = 1
FS = 1/0
A = 53 %
H = 15 %
Ban = 30,7 %
réactivité couleur = 30.

Au Rorschach le type d'appréhension est assez équilibré en rapport avec le niveau intellectuel. Cependant, le degré de précision de la pensée est perturbé avec un F + 62 %. Compte tenu du bon niveau intellectuel, ceci semble plutôt dû à une perturbation émotionnelle.

Le type de résonance intime et la formule secondaire sont de sens inverse. L'extratensivité de la première formule n'est pas très nette (1/2), d'autant plus que la formule de la réactivité à la couleur qui est de 30 n'est pas en faveur d'une authentique extratensivité. Elle semblerait indiquer que Jean-Claude est peu sensible aux stimulations externes. La deuxième formule est en faveur de l'introversion presque coartative.

L'analyse des réponses révèle une affectivité apparemment bien adaptée (2 FC — 1 CF). Contenus infantiles « anges - étoiles de Noël - animaux imaginaires ». Identifications réponses : insectes, fleurs.

On note une kinesthésie animale à la p. 9 associée à un signe de perturbation : « bête imaginaire qui lance des bouches de feu ».

Peu de capacité d'identification à l'humain = absence de la réponse humaine à p. 3, incapacité de voir un être humain en entier à la p. 7 = deux bustes de femme.

Dans l'ensemble, personnalité qui a des difficultés d'adaptation et d'identification aux images parentales.

L'immaturité de Jean-Claude qui apparaît nettement sur le plan clinique semble être un peu moins nette au Rorschach. En faveur de celle-ci : le peu de réponses humaines, une kinesthésie animale, l'absence d'angoisse dans la situation de testing, la mauvaise identification aux images parentales.

RORSCHACH

Obs. N° 10, garçon de 12 ans. Alain R. Rorschach.

P. 1.

— une chauve-souris
— un rapace
— un mur en ruine

P. 2.

— un papillon

P. 3.

— un ours, dans de la brume, on le voit à peine, on voit surtout ses pattes

P. 4.

— une bête, un ours à cause de la gueule, un oiseau, c'est un rapace

P. 5.

— une chauve souris
— un oiseau, un genre de vampire

P. 6.

— un chat qui miaule
— un chien
— une descente de lit

P. 7.

— deux petites filles
— un mur délabré

P. 8.

— une bête féroce qui monte sur un rocher
— l'étang où elle se voit
— un avion

P. 9.

— une fusée qui prend feu
— un volcan

P. 10.

— un monstre
— deux crabes qui ont l'air de se battre qui sont séparés par un mur

PSYCHODRAME - ALAIN R.

R = 20
TA = G *Dbl.*
F = 70 %
F+ = 78 %
TRI = 0/4
CF = 3
FC = 2
FS + 0/0,5
H = 5 %
A = 60 %
Ban = 33 %
réactivité couleur : 30,5

Au Rorschach on relève un mode d'appréhension fortement perturbé. Le nombre très important de réponses globales est à relier avec le trop petit nombre de réponses grand détail. Ceci pourrait être l'indice d'une pensée trop peu concrète, trop portée à l'abstraction.

— Cependant, le contenu des interprétations qui leur est associé est souvent une réponse animale, ce qui serait plutôt l'indice d'une certaine stéréotypie de la pensée, incapacité de s'identifier à un humain. Il semble donc que le type d'appréhension soit à interpréter comme manifestant une forte crispation.

— Le F % assez élevé (70 %) semble indiquer que le processus rationnel n'est pas troublé par l'affectivité. Le degré d'exactitude de la pensée est bon avec un pourcentage de 78.

— Le contact immédiat spontané, avec le monde ambiant reste possible. Le type de raisonnance intime révèle une réactivité extratensive. Avec cinq réponses couleurs (2 FC - 3 CF). Le désir de l'adaptation affective n'aboutit pas toujours. La maturité plus souhaitée que réalisée laisse la place aux réactions subjectives, à l'affectivité égocentrique à la p. 9 : fusée qui prend feu, volcan. La formule secondaire reste extratensive tout en étant plus rétractée que le TRI, indice d'une personnalité en évolution. La formule de la réactivité couleur n'est cependant pas significative, d'une extratensivité.

L'analyse du contenu révèle des identifications assez régressives, infantiles avec un A % de 60.

On note la perturbation du rapport mère - enfant, avec l'absence de la K féminine normale — « deux petites filles » vues à la place des femmes avec crainte d'écroulement : mur délabré.

L'absence de la réponse humaine à la p. 3 indique l'incapacité de s'identifier aux autres humains, avec un choc élob.

Il semble que l'on se trouve ici en face d'une personnalité assez immature, en faveur de cette hypothèse :

— le nombre de réponses couleurs,
— le pourcentage élevé de contenus animaux,
— l'incapacité de s'identifier à un être humain,
— perturbation assez forte du rapport mère-enfant,
— conformisme = 33 % bon.

RORSCHACH

Obs. N° 13, garçon de 11 ans. Alexis C. Rorschach.

P. 1.

— ça me fait penser à une chauve-souris
— et à l'ange
— et une statue ancienne de la victoire de Samothrace (il lui manque la tête et les ailes repliées en arrière)

P. 2.

— ça se sont des... nos poumons
— et des ailes d'un oiseau, il manquerait l'emplacement du corps qui le soutenait)

— rien...
— une tortue sous-marine

P. 3.

— deux hommes qui se disputent à propos d'un siège
— ou deux dames plutôt qui portent leur panier

P. 4.

— ça me fait penser à une grenouille
— à un lapin (à cause des pattes)
— je ne vois plus rien...
— et à une chauve-souris
— à la colonne vertébrale et les côtes

P. 5.

— un oiseau qui ressemblerait plutôt à l'ange
— à un papillon, une hirondelle
— c'est terminé

P. 6.

— une peau de tigre où on voit la tête et les quatre bras-pattes
— à un loup
—un trou dans la neige fait par le tigre
— plus rien

P. 7.

— à deux lapins traînant
— à deux bustes qui semblent tenir quelque chose et qui ont la forme de deux indiens
— il y a deux anges qui transportent une cuve

P. 8.

— c'est deux lions qui sont tenus par des mains... qui escaladent des rochers et des roches

P. 9.

— une dame qui se prépare à se mettre en colère
— deux cerfs qui sont en train de se battre

P. 10.

— ça me fait penser à une peinture de Picasso
— à un canard qui pique des araignées
— à un papillon
— un paon très beau
A + : 8 - 9 - 10
A — : 7 - 6 - 1

PSYCHOGRAMME

R = 30
TA = G *Dd* - *Dbl*
F % = 63 %

C = 1
K = 3
CF = 2
FC = 2
TRI = 3/4,5
F S = 2/0,5
Kan = 2
FE = 1
3 (H)
H = 23 %
A = 56 %
Ban = 19 %
IA = 10 %
Réactivité couleur : 30 (extratensivité pas nette).

LE RORSCHACH.

La formule d'appréhension est déséquilibrée avec un blocage au niveau des réponses grand détail. On relève un nombre important de réponses globales par extension d'un détail (DG), de nombreuses confabulations et contaminations. Le contrôle avec la réalité fait défaut.

Le TRI et la formule secondaire sont de sens inverse indiquant un conflit intra-psychique.

Le TRI met en évidence un caractère extratensif dilaté c'est-à-dire qui perd facilement son contrôle émotionnel face à des stimuli externes, avec une instabilité affective.

La présence des réponses couleurs pures indique une impulsivité mal contrôlée. Cependant il fait des efforts pour contrôler ce facteur émotionnel.

Le F.S. révèle des tendances à l'introversion fortes tendances au repliement sur soi et fuite dans l'imaginaire. Il semble que sa personnalité s'oriente vers une coupure des relations avec autrui. On note des attitudes infantiles et ludiques (nombre important de (H) = anges) et la vision des formes coupées.

Un choc à la planche IV avec un nombre de réponses plus élevé et réponses dysphoriques, une certaine ambivalence quant aux rôles masculins et féminins à la P. III révèlent une identification certaine.

On peut penser à une immaturité :
— cinq réponses couleurs :
impulsivité mal contrôlée
affectivité égocentrique
— images parentales perturbées et identification ambivalente.

Il ressort de cette étude que la personnalité de l'enfant est puérile, caractérisée par le conformisme social, l'impulsivité ; il y a chez lui une certaine anxiété ; on doit dire qu'il y a quelques éléments pathologiques, réponses de type schizoïde : formes coupées, dissociées, réponses D.G., l'immaturité d'Alexis semble s'intégrer dans le cadre d'une personnalité perturbée et on pourrait craindre l'évolution vers un autisme psychotique. Son dynamisme est faible.

RORSCHACH

Obs. N° 27, fillette de 8 ans. Simone C. Rorschach.

P. 1.

— tourne la page plusieurs fois
— un squelette parce qu'il y a ça..
— là... je crois que c'est une dame... non, on dirait un chien

P. 2.

— là... du rouge... là
— peut-être des doigts rouges, je sais pas
— et encore le squelette, ça noir

P. 3.

— ça, c'est deux hommes, ils font du feu
— une chaumière... c'est une grande maison
— une marmite là
— on dirait un papillon là

P. 4.

— ouh ! c'est une tête, de taureau je crois, car il y a des cornes

P. 5.

— un papillon, c'est un papillon qui vole, il y en a deux

P. 6.

— heu ! un chat on dirait à cause des moustaches et la tête, elle est trop penchée, trop maigre

P. 7.

— deux hommes encore. Ils volent dans le ciel et là c'est une maison tout à fait en bas. Ils ont les cornes, on dirait. Là c'est des nuages et le ciel je sais pas

P. 8.

— ça des lions, des loups ou des lions. Ils marchent sur un chemin. Le chemin est vert, rose et gris

P. 9.

— des... des, c'est des lions, non je sais pas, alors des lions voilà. Ils sont assis sur l'herbe. Et à côté de l'herbe c'est rose, comme ça c'est l'eau qui coule et ça fait le ruisseau. Ça c'est le jet d'eau

P. 10.

— ça c'est des petits chiens marrons et gris. Là il baisse la tête. Il a coupé un arbre
— ça c'est une araignée, et une autre. Elle tient une herbe
— un homme qui marche
— un crocodile. Y en a deux
— un petit chien qui mange.

PSYCHOGRAMME - SIMONE C.

R = 22
TA = G. *D.* Dd
F = 66 %
F+ = 59 %
CF = 1
FC = 2
K = 3
TRI = 3/2
FS = 3/0
3 Kan
FS = 3/0
CD = 1
H = 20 %
A = 41 %
Squelettes = 2
Ban = 16 %
IA = 4 %
Choc au rouge
Réactivité couleur = 36 %.

Au Rorschach, le type d'appréhension est assez équilibré et révèle un bon sens de l'observation, avec le risque de trop s'accrocher aux détails.

On est frappé :

— par le F + % bas : la qualité des résultats est diminuée par la tendance à la fabulation ;

— par le nombre relativement élevé de kinesthésies pour une enfant de 8 ans. Il ne semble pas qu'il s'agisse d'une prématurée affective compte tenu de l'ensemble du protocole, mais plutôt d'une prise de position subjective. Simone a tendance à se laisser aller à une vie intérieure imaginaire.

— Le TRI et la Fs révèlent une forte introversité, malgré la libération de manifestations affectives lorsque le choc couleur est trop fort. Ainsi, à la planche 2, on relève un choc au rouge avec une nomination couleur suivie d'une réponse faisant usage du rouge. L'agressivité de fraie un chemin contre le refoulement avec sentiment de culpabilité : symbole des doigts : « peut-être des doigts rouges, je ne sais pas... »

Cette agressivité refoulée arrive encore à s'exprimer dans la projection d'animaux agressifs : taureau P. 4 ; lion P. 8 et 9 ; loups, crocodile : agressivité orale.

— par le H % élevé, signe de préoccupations dans ses rapports avec les intimes.

L'ensemble du protocole ne correspond pas à l'âge de Simone. En fait, il est dominé par un refoulement important des tendances agressives qui sont culpabilisées. Simone se réfugie dans une vie imaginaire infantile. L'identification à l'image maternelle est perturbée : vision de deux hommes à la planche maternelle (à rapprocher du rôle que joue le frère aîné vis-à-vis de Simone), avec angoisse et insécurité (nuages). Personnalité riche avec des traits d'immaturité affective.

Les autres tests projectifs (T.A.T., C.A.T., P.N.), les dessins révèlent en général des interprétations ludiques et regressives qui traduisent des identifications infantiles, une affectivité pauvre. On trouvera dans nos observations les comptes rendus de ces tests quand ils ont été faits, mais dans l'ensemble ils sont assez peu détaillés.

N° 3, adolescente de 18 ans.

« Au T.A.T. l'infantilisme de la personnalité est dominant. On retrouve dans toutes les planches la situation triangulaire familiale. Le héros auquel elle s'identifie visiblement exprime ses propres préoccupations et réagit comme elle le ferait, c'est-à-dire par la passivité et une dépendance extrême vis-à-vis de la famille. A la planche IV, la jeune fille est invitée à une « boum », les parents discutent : s'ils disent oui elle ira ; si non elle ira dans sa chambre où elle passera par la fenêtre ; mais je ne pense pas, MOI, je ne le ferais pas... ». Les mêmes thèmes reviennent à toutes les planches. Les situations de couples ne sont jamais envisagées : les intérêts sont restreints : « aider à faire le ménage ». On note surtout un conformisme social très important avec les aspirations habituelles : gagner sa vie, se marier avec quelqu'un qui convienne (s'il est catholique il se convertira au protestantisme, s'il m'aime »).

C'est dans le test de Patte Noire que l'on note les identifications regressives à des enfants entre un et trois ans le plus souvent.

Nous avons donc retrouvé dans nos observations l'ensemble de signes classiquement et théoriquement décrits pour caractériser l'immaturité affective et nous avons constaté que nous les avons trouvé dans la majorité de nos dossiers d'enfants de parents âges.

En effet, cliniquement nous avons retrouvé une immaturité affective chez 46 de nos enfants, immaturité se situant dans six cas, dans un contexte névrotique (anxiété, hystérie, phobie).

Quatre observations. qui sont celles d'adolescents posant des problèmes de troubles du comportement importants et de prédélinquance n'entrent pas dans le cadre de notre étude.

Il y a donc 40 *enfants sur nos cinquante dossiers choisis en fonction de l'âge des parents, qui présentent une immaturité affective,* observable cliniquement et par les tests (nous regrettons vivement que pour des raisons d'organisation matérielle, nous n'ayons pu recueillir d'étude psychologique par les tests plus complète).

Bien que ne visant pas à une étude statistique ce chiffre nous semble significatif ; il nous semble aller dans le sens de l'impression clinique, pratique que nous avons lors de nos consultations d'enfants ;

(impression que nous retrouvons aussi chez de jeunes adultes dans la vie courante, tout à fait en dehors des consultations de psychiatrie, et qui obtiennent sur le plan intellectuel, des réussites satisfaisantes). Nous allons tenter de lier le rôle des parents âgés à l'apparition de cette immaturité.

DISCUSSION

— LE CONCEPT D'IMMATURITE AFFECTIVE
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE LA DEBILITE
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE LA NEVROSE

— EXPLICATION PATHOGENIQUE PAR L'AGE DES PARENTS

A partir des données pratiques recueillies dans nos observations, on peut penser qu'il existe un concept d'immaturité affective, un véritable syndrome clinique ; cependant nous devons faire beaucoup de réserves quant à la dénomination de syndrome car elle implique un aspect pathologique alors qu'il s'agit plutôt ici d'une insuffisance d'évolution, d'une non évolution, mais pas d'une organisation véritablement pathologique de la personnalité.

I

Il convient d'abord de la différencier de deux diagnostics qui pourraient être évoqués en présence de ces enfants.

1° LA DEBILITE :

Le diagnostic s'élimine de lui-même par le fait que les résultats obtenus aux tests d'efficience intellectuelle ne les classent pas dans la catégorie de la débilité (huit d'entre eux ont tout de même un Q.I. entre 0,70 et 0,80).

On a pu parler de fausse débilité, de pseudodébilité d'origine affective dont il nous semble bien que l'immaturité affective serait une explication. On pense généralement que cette *débilité est liée :*

— *à une arriération affective,* notion cliniquement superposable à celle d'immaturité. En effet, G. Heuyer et G. Robin la définissent comme un trouble de l'évolution de l'affectivité qui ne suit pas le développement moteur et intellectuel. « Ces enfants restent entièrement dépendants de leur mère. Ce sont d' « éternels bébés » qui frappent par la lenteur du geste et de la pensée, une incapacité à prendre des décisions, quêtant du regard l'approbation de leur mère. Leur intelligence se révèle en général normale, encore qu'elle puisse être apparemment déficiente du fait du manque d'information. Cette arriération est généralement le fait d'un comportement maternel vicié : mère abusive, hyperprotectrice, captative. » Elle traduit un comportement regressif, non fixé à un stade du développement libidinal, essentiellement mouvant et accessible à la psychothérapie alors que par immaturité nous entendons une structure particulière, rigide et difficilement accessible. Ces deux notions sont tout de même extrêmement proches si ce n'est superposables.

— *à une carence affective* ou à ses séquelles ; en effet les enfants qui ont souffert d'une carence affective durant les premiers mois de leur existence développent un trouble profond de l'affectivité et sont incapables par la suite d'établir des relations sociales normales. On

assiste chez eux à une inaptitude à établir des liens affectifs véritables, à un refoulement de l'intérêt pour ce qui les entoure.

— *à des conflits intrapsychiques* inhibant les possibilités intellectuelles (sentiments d'insécurité, d'abandon, anxiété), en provoquant la perte de l'appétit normal d'acquisition qui motive tout apprentissage et en engendrant une attitude d'opposition expriman le refus inconscient de maturation.

Ce sont des enfants qui se présentent comme des niais, des « bébêtes » car ils n'ont rien à dire, n'ont l'air de rien savoir. Ils sont présents mais sont incapables de se projeter dans l'avenir. Pour eux, le « quand je serai grand », ne leur vient pas à l'idée, ne leur évoque rien et quand on leur pose la question ils ne savent rien répondre. On dirait qu'ils ne savent pas qu'ils seront grands... De même on ne trouve chez eux que peu ou pas de retentissement du passé.

Le retard engendré par ces causes est assez léger : puérilité du comportement, persistance d'un langage infantile, lenteur d'acquisition, baisse du rendement scolaire. Ce ne sont pas des critères de débilité au sens de l'intelligence proprement dite, mais au sens de l'affectivité, de l'intégration dans le sens de l'historicité de la personne.

2° LA NEVROSE :

Il faudrait surtout essayer de différencier l'immaturité affective d'un état névrotique, dire qu'elle n'en est pas un aspect psychopathologique. Pour cela, les principaux signes, négatifs nous paraissent être :

— l'absence de conflit au sein de la personnalité et,
— l'absence d'anxiété.

a) *L'absence de conflit* va s'exprimer dans le comportement comme dans les tests.

Nous avons rencontré cependant dans quelques cas, certains troubles du comportement d'ordre névrotique traduisant un conflit, des difficultés d'adaptation. (Dans les six dossiers d'enfants névrotiques que nous avons.) Par ailleurs, les autres troubles que nous trouvons ne nous paraissent pas signifier une personnalité en conflit.

L'instabilité, par exemple, trouvée si souvent, nous semble être le témoin d'un comportement infantile plus que d'une tension interne : il y a passage rapide d'une activité à l'autre, manque de persévérance ; ce sont des enfants qui bougent sans cesse, s'associent, se lèvent comme des enfants de trois ans sans tenir compte des exigences du lieu et du moment.

Il en est de même des autres phénomènes rencontrés : caprices, opposition, mauvais travail scolaire.

b) *L'absence d'anxiété,* liée à cette absence de conflit permet de faire le diagnostic. Les enfants immatures affectifs sont apparemment sereins, non perturbés, non anxieux. Or d'après les études psychanalytiques : l'anxiété serait la grande force motrice propulsant le développement psychique. En effet, si l'enfant passe d'un stade au suivant dans son évolution, ce ne serait que parce que l'anxiété a rendu sa position antérieure intolérable. L'immaturité permet d'éviter tout conflit et il y a peu de chances d'évolution, étant donné la sensation de bien-être, dans cet état, les gratifications qu'il comporte et l'absence d'anxiété qui pourrait l'en faire sortir.

Ces deux traits négatifs, s'ils sont prouvés permettent d'éliminer une névrose.

II

Les parents, par le fait même qu'ils sont âgés, en dehors des attitudes éducatives qui leur sont cependant liées, *ne constituent pas des modèles d'identification valables*, auxquels l'enfant peut s'opposer de façon maturante.

En effet, de par *l'anxiété* liée à la situation d'être parent à un âge relativement avancé, il y a chez eux

— une crainte de la vie, d'affronter les problèmes vitaux,

— une crainte de perdre l'enfant
- physiquement
- dans leur affection

liée à la crainte de leur propre mort.

Il n'apportent pas la frustration qui fait évoluer, la sanction positive ou négative entraînant l'opposition et permettant ainsi l'identification œdipienne. Il n'y a pas de prise de conscience du principe de réalité.

— *Ils empêchent l'enfant de les affronter eux-mêmes et d'affronter la réalité :* ils le protègent de toute situation conflictuelle, de toute mise en rivalité.

Ainsi ces enfants ont en général peu de camarades de leur âge car ils passent tout leur temps avec les parents. De même dans la fratrie par leur rang de dernier ou d'enfant unique, ils ne connaissent que peu ou pas la rivalité fraternelle, moteur du développement affectif et des relations qu'ils vont nouer. Leur goût est marqué pour certains jouets et surtout pour les animaux en peluche.

— Cette attitude parentale entraîne dans beaucoup de cas — ce n'est cependant pas la règle — un problème de *surprotection, de maintien en situation de dépendance.* Les parents ont besoin de garder l'enfant dépendant d'eux : sa conception, sa naissance est une preuve de leur vitalité et l'enfant représente pour eux une satisfaction plus par sa représentation fantasmatique que par lui-même. *C'est un enfant objet.*

Obs. n° 12 *:* « Les parents s'en occupent peu. La mère bien que ne travaillant pas dit qu'elle n'a pas la patience de s'en occuper et préfère le confier à une bonne. Ils parlent de leur fils comme s'ils faisaient un rapport sur un étranger. »

Obs. n° 31 *:* « La mère... était divorcée et croyait ne pas pouvoir avoir d'enfants; elle a été très surprise de sa grossesse, à 41 ans. Elle explique qu'elle l'a eu trop tard et que malgré les précautions qu'elle prend elle s'en occupe trop. Elle trouve que son mari fait plus grand-père que père, alors qu'elle-même paraît assez âgée; elle a l'air de prendre son enfant pour un objet, est plus observatrice que parti.. »

— A l'âge où l'enfant *prend conscience des sexes*, les parents ont eux-mêmes une sexualité déclinante : ils ne peuvent évoquer la sexualité, comme s'ils devenaient « neutres » à ce point de vue-là, dans l'image qu'ils donnent. On évoque couramment la ressemblance des

vieux couples, la non différenciation relative des sexes ne permettant pas l'identité sexuelle des enfants, par difficultés d'identification sexuée.

— *Le maintien en situation de dépendance* qui nous semble être un des points essentiels de cette étude peut être illustré par de nombreux exemples de nos observations. Le fait même que les enfants soient amenés tardivement en consultation démontre bien la protection qu'exercent les parents, la crainte qu'ils ont.

Obs. n° 3 : « Enurétique à 18 ans, elle a été amenée à la consultation pour une autre motif, elle n'avait pour son énurésie jamais vu de médecin, ni de psychiatre. »

Obs. n° 13 : « Vu pour la première fois à 11 ans pour un comportement extrêmement perturbé (difficultés scolaires, l'impossibilité de de contact avec les enfants de son âge, repliement, boulimie, énurésie et encoprésie). L'enfant est amené sur les conseils de l'institutrice parce qu'il ne réussissait pas en classe. Sa mère l'avait nourri jusqu'à l'âge de 5 ans par des bouillons et des laitages. »

Obs. n° 10 : « Enurétique de 12 ans que sa mère levait et lavait tous les matins et qui avait été amené en consultation de chirurgie infantile pour cette énurésie. Une fois que la mère a été rassurée par la négativité du bilan somatique elle ne voyait pas l'intérêt de l'amener à notre consultation, se trouvant très satisfaite du comportement de son fils. »

— Le développement affectif de ces enfants ne se produit donc pas normalement.

Il n'y a *pas de passage dynamique d'un stade à un autre*; les mécanismes de régression et de fixation névrotiques ne sont ici que peu en jeu.

— Ces enfants sont *oraux* car leurs satisfactions sont celles du premier stade, ils en ont la passivité, la dépendance, l'intolérance aux frustrations, mais on ne peut pas dire que ce soit une fixation.

— Ils sont aussi *anaux* peu structurés, n'ont pas d'agressivité, peu d'opposition.

— Quant *au stade œdipien* ils ne l'affrontent pas : ce n'est pas un recul devant l'œdipe, mais un non affrontement. Ils ne sont pas préparés à sa venue et à sa résolution par l'identification aux parents du même sexe et l'opposition aux parents de l'autre sexe. Le besoin d'identification au père ne se manifeste pas. En effet, ce besoin est suscité par le besoin de le prendre comme modèle en tant qu'il représente l'objet du désir de la mère. La possession du phallus devient l'enjeu de la relation mère-enfant. Or pour ces enfants, cet enjeu n'existe pas car la relation avec leur mère est déjà établie plus sûrement par l'interdépendance de leurs buts instinctuels. Il n'y a pas de fixation érotique phallique à la mère. Ils ont déjà une relation duelle avec elle et le père n'est pas un rival.

Ils n'ont *pas de vie sexuelle.*

— La *non résolution de l'Œdipe* conditionne un *Moi faible* : ces enfants ne peuvent s'adapter solidement aux choses, ne peuvent qu'appréhender les difficultés sociales.

Le *Surmoi* ne se forme pas, n'est pas intégré : ils ne connaissent pas d'interdits matérialisés.

Il y a donc une non progression suivant les différents stades du développement : « tout se passe comme si en grandissant, de tels enfants emportaient dans leur psychologie, dans leur univers, des seuils de croissance d'une structure affective non dépassée, sans qu'on puisse dire qu'ils soient restés fixés à ces seuils, en c'organisant autour de ces fixations ce qui serait névrotique. Ils continuent à évoluer malgré tout, rencontrant d'autres seuils, qu'ils peuvent parfois franchir, les emportant chaque fois avec eux franchis ou non. »

CONCLUSION

En partant d'une observation clinique nous avons étudié les problèmes posés par les enfants de parents âgés venant consulter, soit en Externe au C.H.U. ou au Centre de Guidance, soit dans un centre d'observation. Nous avons recueilli cinquante observations.

Nous avons constaté que les signes d'appel étaient multiples, disparates, couvrant toute la psychopathologie infantile et que ce n'était pas à ce niveau que l'on pouvait isoler un groupement de signes caractéristiques; cependant le mode de comportement de tous ces enfants paraissait assez semblable.

Nous avons alors évoqué une structure particulière de la personnalité, sous-tendant tous ces symptômes et qui nous semble correspondre à l'Immaturité affective. Nous pensons avoir pu illustrer, bien que très imparfaitement, la réalité de ce concept d'immaturité affective par nos observations, notre étude clinique, confrontée aux études théoriques et aux tests. Nous la retrouvons en effet dans 40 de nos dossiers.

Cette immaturité affective n'est pas spécifique des enfants de parents âgés, mais nous semble souvent caricaturale dans cette situation. On peut cependant la retrouver dans une proportion notable mais que nous n'avons pas chiffrés, dans d'autres structures

— parents immatures
— parents adoptifs.

L'explication pathogénique par l'âge des parents nous paraît résider dans la perturbation des processus d'identification.

Nous évoquons encore toutes les restrictions que l'on peut apporter quant aux problèmes psychogénétiques qui pourraient être évoqués dans le cas de parents âgés, quant aux anomalies biologiques éventuelles.

Sur le plan thérapeutique nous ne pouvons que souligner les difficultés rencontrées. En effet, la psychothérapie est décevante n'amenant aucun résultat, car il ne s'agit pas d'une de ses indications (pas de structure névrotique). Le but serait :

— de permettre à ces enfants d'affronter la vie,
— de leur donner de nouveaux modèles d'identification.

Dans cette perspective on peut donc envisager une thérapeutique double :

— d'ambiance permettant de remettre ces enfants sur le plan des enfants de leur âge (jeux — activités),
— de groupe permettant une identification à l'éducateur ou au chef de groupe.

Notre étude s'est donc adressée aux enfants de parents âgés présentant des troubles motivant une consultation, mais il serait intéressant de savoir si ce comportement est retrouvé chez l'ensemble de ces enfants, ce que nous penserions personnellement.

Vu, le Président de Thèse,
L. GAYRAL.

Vu et permis d'imprimer,
Toulouse le 2 mars 1972

Le Président
de l'Université Paul-Sabatier,

L. LARENG.

OBSERVATIONS

PLAN DE NOS OBSERVATIONS

— Nom, prénom, âge et date de naissance de l'enfant.
— Age des parents actuellement et au moment de la naissance.
— Profession des parents.
— Rang dans la fratrie.
— Date et lieu de la première consultation - personne l'ayant demandée.
— Motif de la consultation : description des symptômes (date d'apparition, fréquence, moyens employés à leur égard et essais thérapeutiques antérieurs).

1. **ANAMNESE :**

a) **Structure familiale :**
— Famille régulière ou non, divorce, adoption.
— La mère : âge, profession, caractère, antécédents, relations conjugales, attitude envers l'enfant, ses parents, sa fratrie.
— Le père : idem.
— La fratrie : rang dans la fratrie, prénom, âge des frères et sœurs, relations entre eux.
— Mode de vie actuel : habitat, atmosphère familiale, inter-relations.
— Séjours antérieurs hors du milieu familial : hôpital, crèches, gardiennes et réaction à ces situations.

b) **Antécédents :**
— Grossesse.
— Accouchement.
— Développement psychomoteur : sourires, station assise, debout, marche, langage, alimentation, propreté, sommeil.
— Antécédents pathologiques.

c) **Activités :**
— Scolaires ou professionnelles :
— Scolarité : âge du début et réaction ; apprentissage ; établissements successifs ; scolarité actuelle : niveau, attitude vis-à-vis du maître, travail, camarades.
— Apprentissage ou métier.

2. **LE COMPORTEMENT DE L'ENFANT :**

a) Tel qu'il est décrit par les parents.
b) Cliniquement observable lors de la consultation et de la passation des tests.

3. **LA PSYCHOMETRIE :**

a) **Le niveau** et si nécessaire étude du langage, de la motricité, de la latéralité.

b) **La personnalité :** dessins et tests projectifs.

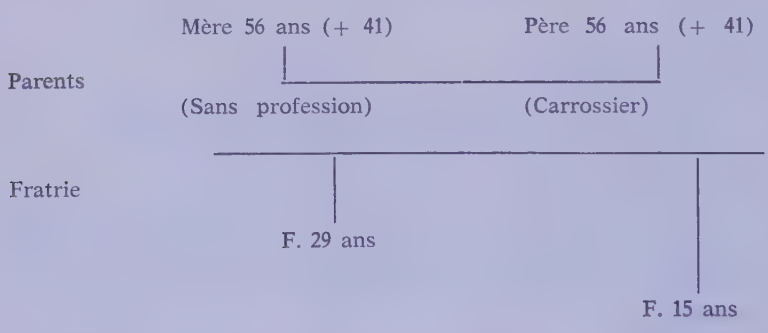
4. **L'EXAMEN SOMATIQUE** et éventuellement les examens complémentaires (E.E.G.).

5. **CONCLUSION DE L'OBSERVATION**

Diagnostic et thérapeutique (plusieurs éventualités se posent) :

— Traitement biologique (rarement).
— Déconditionenment du milieu familial plus ou moins long.
— Les activités de groupe.
— La prise en charge pour des activités pédagogiques : rééducations psychomotrices ; dyslexie ; dysorthographie ; pour des psychothérapies de l'enfant ou des parents.
— Les entretiens avec les familles afin de les conseiller avec plus ou moins de force sur l'attitude psychologique à avoir.

OBS. N° 1 C... Chantal, 15 ans, née le 28-2-1954. Vue en 1969 C.H.U.



Adolescente de 15 ans qui est adressée à la consultation par le Service de Pédiatrie où elle est hospitalisée depuis 15 jours pour des **malaises à type de lipothymies.** Elle présente aussi des **troubles caractériels,** dans sa famille. Le travail scolaire est normal, elle suit une classe de 3° sans difficultés.

Quelques jours avant d'être hospitalisée elle a présenté, plusieurs matins de suite, des « malaises » avec pâleur, sensations vertigineuses, bourdonnements d'oreilles se terminent par une perte de connaissance ; cet état de durée variable, a pu se prolonger pendant 20 minutes, durant lesquelles elle reste immobile, figée, mutique, les yeux ouverts.

L'hospitalisation est alors décidée et entraîne l'arrêt des troubles.

Le bilan clinique et paraclinique se révèle entièrement négatif : glycémie, calcémie, E.E.G., bilan cardiovasculaire sont normaux.

Elle ne présente aucun antécédent pathologique notable. Sa naissance, son premier développement psychomoteur ont été strictement normaux, l'acquisition de la propreté s'est faite de bonne heure.

Elle est accompagnée à la consultation par ses parents âgés de 56 ans tous les deux, qui la présentent comme la **petite retardataire;** ils ont, en

en effet, une autre fille âgée de 29 ans, infirmière, et ne vivant pas avec eux. Le père est carrossier, s'en occupe peu. La mère reste à la maison, s'occupe beaucoup de Chantal, la gâte beaucoup, s'étonne et ne supporte pas du tout les **troubles caractériels** de sa fille; jusqu'à l'âge de 12 ans tout allait bien d'après la mère et à ce moment-là, à la suite du mariage et du départ de la sœur aînée, sont apparues des **réactions d'opposition avec agressivité ou mutisme** à l'encontre des parents; la mère trouve que sa fille **ne communique pas** avec elle, a tendance à s'isoler, a peu d'amies. En classe tout se passe bien.

Chantal manifeste **un désir de contact** évident lors des entretiens et de la passation des tests. Elle dit vouloir changer, pense que ses parents l'amènent pour la punir parce qu'elle a mauvais caractère. **Le contact est facile** avec elle, elle est **heureuse qu'on s'occupe d'elle, qu'on la prenne en charge** et se confie; ce n'est pas la relation que l'on a habituellement avec une adolescente de son âge. Elle se fait aussi dorloter par sa sœur aînée.

1°) LE NIVEAU : Weschler Bellevue se révèle normal avec **104** de Q.I. Global, homogène. Le jugement est bon.

2°) LA PERSONNALITE : Rorschach — T.A.T. — Dessins.

Réponses traduisant l'angoisse avec tentative de la dominer par une rationnalisation qui ne réussit pas toujours. Beaucoup de narcissisme. La formule d'appréhension est équilibrée. Les problèmes l'intéressent plus en eux-mêmes que par le concret qui en découle. Le T.R.I. est coartatif.

Le refoulement est important avec un rétrécissement de la personnalité, des intérêts vitaux, des investissements psychiques.

La planche paternelle est la moins aimée (fantasmes de l'enfance mal liquidés ?). Parception de la distance impossible entre les désirs et leurs réalisations.

— AU T.A.T. : dramatisation.

Les relations affectives des thèmes avec les autres ne sont jamais vues comme une réciprocité; on retrouve le narcissisme, la relation père-fille est vue comme une relation de couple et la relation mère-fille comme enfant, gouvernante; le thème du suicide chantage est exprimé, tentative devant la mère qui récupère à temps.

— **Dessins :** arbres dépressifs, culpabilité.

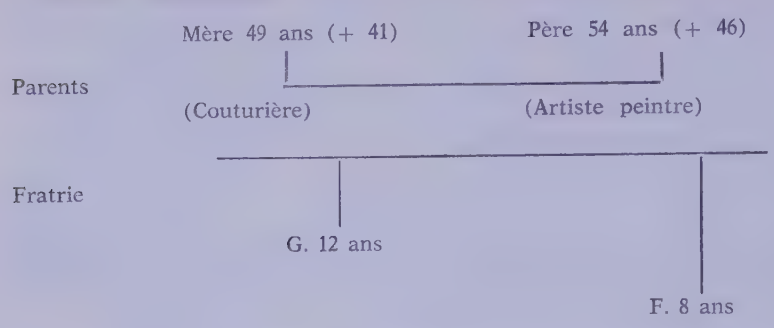
— CONCLUSION :

— Immaturité affective avec signes névrotiques (angoisse).
— Adolescente qui a des problèmes relationnels avec des parents âgés.
— Troubles névropathiques évidents, pas de structure névrotique organisée.

— CONSEILS THERAPEUTIQUES :

Pas de prise en charge psychothérapique. Simples modifications d'ambiance, activités de groupe avec adolescents.

OBS. N° 2 M,,, Catherine, 8 ans, née le 2-2-1961. Vue en 1969 C.H.U.



Enfant de 8 ans adressée par le service de chirurgie infantile où elle est hospitalisée pour le bilan d'une boiterie (avec raccourcissement d'une jambe et steppage).

Elle présente des **difficultés scolaires importantes, ne sait pas lire,** est **très instable** autant en classe que chez elle. Ses parents ne s'en plaignent pas et d'eux-mêmes ne l'auraient pas amenée à la consultation.

Sa naissance a été normale.

Sa mère était hypertendue pendant la grossesse et très nerveuse.

Le premier développement psychomoteur a été normal, si ce n'est cependant un retard à la marche.

A l'âge de 5 mois elle a présenté une otite traitée par des anti-biotiques injectables dont une injection aurait lésé le sciatique gauche.

Depuis la marche se fait en boitant avec steppage et pied gauche déformé en varus équin.

L'acquisition de la propreté s'est faite très tôt.

Elle a toujours vécu dans le milieu familial; c'est un milieu un peu particulier puisque le père est artiste peintre, âgé de 54 ans et pour son travail, a changé très souvent de résidence (9 fois en 7 ans). Il est peu sévère envers ses enfants.

La mère, âgée de 49 ans, est couturière, elle est « nerveuse ».

Catherine est la deuxième enfant d'une fratrie de deux, son aîné Alexandre, 13 ans, présente aussi des difficultés scolaires importantes; il fait partie de nos observations. Il y a une bonne entente entre les enfants.

La première scolarité s'est faite à 6 ans et demi, en raison des divers changements de résidence.

Elle est **très instable** en classe, son **attention est très labile.** Elle est au cours préparatoire et ne sait pas encore lire.

Enfant **docile et calme** avec sa mère, elle devient instable, maniérée, agitée dès que sa mère ne l'accompagne pas. Il faut sans cesse la rappeler à l'ordre, lui répéter les consignes lors de la passation des tests;

1°) NIVEAU : Wisc.

Cette labilité de l'attention a eu une incidence au Wisc où les résultats aux tâches nécessitant des capacités d'abstraction sont faibles.

Les résultats obtenus :

$$\text{Q.I. } 105 < \begin{matrix} \text{P } 119 \\ \text{V } 90 \end{matrix}$$

Il s'agit donc d'un niveau moyen bon.

Il faut remarquer qu'elle a des notes faibles aux subtests information, compréhension, arithmétique qui témoignent de l'effort insuffisant du milieu éducatif.

2°) PERSONNALITE : Dessins — P.N. — Rorschach.

Les tests projectifs révèlent une personnalité déjà assez perturbée.

Les dessins au graphisme élémentaire révèlent des personnages rigides, dévitalisés; le père est très dévalorisé.

Au P.N. elle use souvent du mécanisme de régression témoignant ainsi d'une revendication affective à l'égard des parents, l'attitude à l'égard de la mère étant cependant très ambivalente.

Le Rorschach rend compte **d'une structure névrotique** caractérisée par une forte agressivité et des capacités d'opposition très importantes.

Le mode d'appréhension (G) D Dd Dbl révèle cette agressivité et de plus, un mode de perception égocentrique. Le type de raisonnance extratensif pur souligne une grande labilité émotionnelle, une inadaptation sociale et une agressivité dirigée vers des tiers. Il y a une tentative de rationnalisation qui échoue.

L'indicateur d'angoisse très élevé, 80 %, ne fait que souligner cette hypothèse d'une structure névrotique dans un milieu familial instable. Présence de conflits et de tensions au sein de sa personnalité, opposition et forte revendication affective.

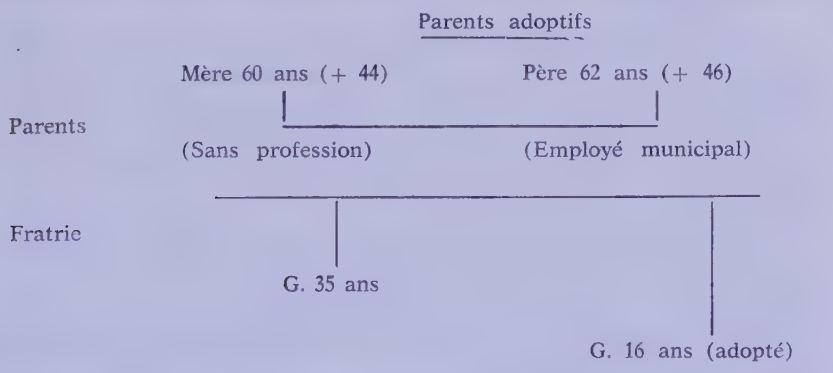
Contexte plus névrotique qu'immature. Elle est névrotique car il y a chez elle une forte agressivité : opposition, négativisme cliniquement et aux tests, engendrant une angoisse importante qui entraîne une régression. Il y a chez elle une importante revendication affective.

— CONCLUSION :

— Conseils éducatifs aux parents.
— Prise en charge psychothérapique ou observation en milieu ouvert.

Obs. N° 3 (Voir page 45)

OBS. N° 4 J... Roger, 16 ans, né le 16-4-1954. Vu en 1970 C.H.U.



Adolescent adressé à la consultation par le service de médecine infantile où il est hospitalisé à la suite d'une **tentative de suicide** se situant dans le contexte d'une personnalité perturbée, immature.

Tentative chantage évidente liée à des **difficultés affectives, familiales,** et à des **difficultés scolaires :** cette année il travaille peu, a de **mauvais résultats,** ne **s'intéresse à rien,** oppose à toutes les stimulations un **comportement de passivité étonnante.** Il suit une troisième.

Sa mère, célibataire, l'a gardé pendant les huit premièrs mois de sa vie puis l'a mis en nourrice chez ses parents actuels ; elle est morte alors qu'il avait 4 ans et ce sont eux qui l'ont adopté. Il a un frère et une sœur un peu plus jeunes, 14 et 13 ans, qui sont placés dans d'autres familles et qu'il voit à certaines vacances.

Ses parents adoptifs sont âgés. Ils ont un fils de 35 ans et une petite fille de 8 ans que Roger jalouse un peu.

La mère a 60 ans, ne travaille pas, elle est très attachée à l'enfant : au départ elle le gardait pour gagner un peu d'argent, mais ensuite a tout entrepris pour pouvoir le garder. Roger est considéré par toute la famille comme le propre enfant du foyer. Elle s'en occupe toujours comme s'il était petit et se désole de le voir s'opposer à son père.

En effet, avec le père, 62 ans, employé municipal, ce sont des discussions fréquentes, surtout à propos des mauvais résultats scolaires, mais aussi de la politique... Il paraît assez rigide, acceptant mal que l'enfant grandisse et se sentant trop vieux pour s'occuper de lui.

Roger s'entend mieux avec le fils de 35 ans, à qui il peut parler davantage de ses problèmes.

Dans sa petite enfance il n'a pas eu de maladie grave, mais a toujours été « nerveux », capricieux. La marche, la parole ont été normales, de même que l'alimentation.

Il a été énurétique jusqu'à l'âge de 6 ans, son sommeil a toujours été perturbé, agité avec des cauchemars, la peur du noir, il lui fallait une veilleuse pour dormir.

Le contact avec lui **est excellent, il exprime ses difficultés avec beaucoup de complaisance** et de nonchalance, se présente comme un adolescent romantique... Il ne travaille pas en classe, réussit bien tout ce qui est littéraire et veut devenir avocat. Il rationnalise, s'analyse, a ces temps-ci tendance à s'isoler, trouvant la société sans intérêt... Il n'est pas dépressif, au moment de ces examens.

LE NIVEAU : Tests

— W. B

— Figure de Rey

LA PERSONNALITE :

— Dessins.

— Rorschach.

Le contact est bon avec Roger J... lorsqu'on reste au niveau de l'entretien. Mais dès qu'il s'agit de répondre à une consigne précise et de s'astreindre à une tâche, même simple, mais dont l'intérêt immédiat ne lui apparaît pas, on sent poindre chez lui un fond d'agressivité.

D'emblée, son intelligence apparaît supérieure, et il exécute la figure de Rey avec une méthode qui démontre ses possibilités d'analyse et de synthèse.

Au W.B. : Q.I. de 115

Pourtant, cette intelligence, qui de par sa qualité, pourrait lui permettre d'accéder à des études supérieures, est mal utilisée : quand une situation est éprouvée comme angoissante, ou même simplement désagréable, son raisonnement se dégrade, sans cependant se désadapter, il est tout à fait capable d'entrer dans le cadre de la pensée commune.

Mais il a **tendance à l'autosuggestion** même si son point de vue n'est pas en accord avec la réalité.

Sa personnalité est caractérisée par **une grande immaturité affective :** non seulement au niveau **du contenu**, où des interprétations ludiques et régressives traduisent une identification infantile, mais aussi au niveau **de la structure même de la personnalité :** les émotions déterminant son comportement, la raison n'intervenant que de façon secondaire, ou pas du tout. Le contact avec le monde extérieur est égocentrique et labile, la recherche pulsionnelle n'ayant pas trouvé d'objet sur lequel se fixer. Il existe des tendances à l'impulsivité.

La qualité du contrôle rationnel est perturbé lorsque se produisent des réactions anxieuses provoquée par les planches en noir. Cependant, le choc n'est que léger et s'il y a perte de l'exactitude du jugement, il n'y a pas d'état de stupeur, d'abandon réel du contrôle de soi.

Il est certain qu'il existe une **angoisse** vrai chez Roger J..., mais elle se situe essentiellement à un niveau archaïque, celui des relations primaires avec la mère, l'absence de sécurité affective étant à la base de ses difficultés actuelles d'adaptation.

Les préoccupations narcissiques de cet adolescent sont actuellement prédominantes pour lui.

Ses difficultés s'espriment aussi par un important manque d'assurance, un sentiment d'infériorité qui détermine son besoin d'appui.

Il n'y a pas de signes dépressifs suffisants ayant pu motiver ses tentatives de suicide. Il s'agit plutôt d'un moyen d'attirer l'attention pour ce garçon de caractère hystérique, dont la psychothérapie risque d'être difficile étant donné une importante composante psychasthénique.

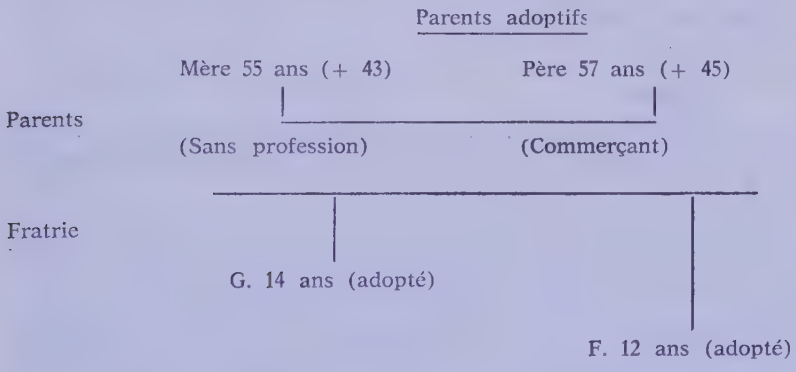
CONCLUSION :

— Immaturité affective.
— Personnalité hystérique.
— Carence affective dans l'enfance ?

CONSEILS :

— Psychothérapie.

OBS. N° 5 P... Monique, 12 ans, née le 5-5-1958. Vue en 1970 C.H.U.



Monique, nous est adressée par le Service de pédiatrie où elle a été hospitalisée à la suite d'un épisode convulsif de courte durée avec céphalées et vomissements. Le bilan pratiqué n'a pas montré d'anomalies E.E.G. majeure, mais, cependant, une certaine tendance aux formes pointues accentuée sous hyperpnée. La recherche de tetanie a été positive avec présence de triplets à l'EMG.

Cette enfant est envoyée à notre consultation pour des **troubles du sommeil** avec **insomnie et balancement** et des **difficultés scolaires.** Ces troubles ont toujours existé chez elle et sont calmés par la présence de la mère à côté d'elle. Elle est **instable** en classe, **manque d'attention** et ne s'est pas adaptée à l'entrée en sixième.

Adoptée à l'âge de 9 mois après avoir passé les premiers mois dans une pouponnière (on n'a pas de renseignements concernant cette période), par la suite le développement psychomoteur a été normal quant à la marche, la parole, la propreté diurne et nocturne. Elle a toujours mal dormi, se mettant sur les genoux, la tête dans les mains et se balançant en permanence. Elle ne fait, cependant pas, de cauchemars.

Très nerveuse, difficile, elle **ne veut jamais se séparer de sa mère** et fait preuve à son égard, d'un **attachement et d'une dépendance** pathologiques.

Les parents sont mariés depuis vingt-cinq ans et n'ayant pas eu d'enfant ont adopté un garçon il y a quatorze ans et Monique il y a douze ans. Le père âgé de 57 ans est commerçant, il travaille onze heures par jour, hors de chez lui et ne s'occupe pas des enfants; il paraît très âgé et loin des problèmes posés par sa fille.

La mère, 55 ans, reste à la maison, hyper-protectrice, anxieuse elle couve ses enfants.

Le frère, 14 ans, est en cinquième, il a été adopté à l'âge de 26 mois, très jaloux de sa sœur il semble y avoir une rivalité importante entre les deux enfants. La révélation de l'adoption ne s'est pas bien passée pour elle. C'est à l'âge de 8 ans que Monique a appris, par une petite camarade, qu'elle avait des parents adoptifs. La mère le leur a alors confirmé, mais depuis c'est un sujet tabou et pendant la consultation la mère est extrêmement anxieuse, nous disant que ce n'est pas un problème pour sa fille et qu'on n'a pas à lui en parler.

Monique est en sixième, elle est **instable en classe, manque d'attention** et ne réussit pas.

LE BILAN PSYCHOLOGIQUE :

1) Le niveau :

— a été apprécié à l'aide du WISC
et de la figure de Rey.

LA PERSONNALITE :

— Rorschach.
— T.A.T.
— Entretiens
— Dessins.

Elle est **inhibée pendant la passation des tests.** Du point de vue intellectuel son niveau est normal, elle obtient un Q.I. global de 98 ; 101 en V. ; 97 en P.

LA PERSONNALITE :

Dans ses dessins et le dessin de la famille, en particulier, il y a une forte revendication affective à l'égard de la mère, elle s'identifie à un petit enfant ; le père tient peu de place ; les arbres sont assez primitifs.

Au T.A.T. et au RORSCHACH, on ne trouve **pas de signes spécifiques d'immaturité affective,** car il y a une **inhibition et une angoisse importantes.** L'indicateur d'angoisse est de 27 % au Rorschach. La vie affective est refoulée, il y a un choc sexuel avec refus de féminité, malgré la persistance d'appréhension intellectuelle infantile (réponses inverses).

Son Rorschach traduit des difficultés relationnelles importantes. Sa personnalité est donc mal assurée, elle choisit le comportement infantile comme solution à son angoisse.

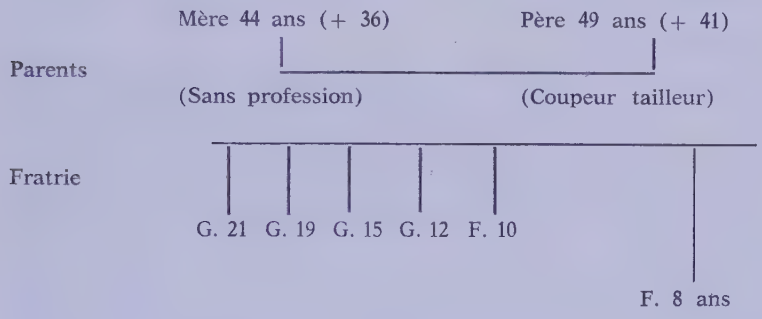
CONCLUSION :

Comportement infantile, perturbations affectives liées à sa situation d'enfant adoptée.

Le retard à l'adoption, l'âge et le comportement des parents semblent avoir été déterminants dans l'organisation et le maintien de ses troubles. Carence affective. Anxiété et revendication affective.

Une prise en charge psychothérapique de type individuel a été proposée à la mère et nous avions pensé intégrer Monique dans un groupe d'enfants, au psychodrame. Nous n'avons eu aucune suite à cette consultation.

OBS. N° 6 M... Ghislaine, 8 ans, née le 31-5-1969. Vue en 1968 C.H.U.



Ghislaine est envoyée à la consultation par le Service de Pédiatrie où elle est hospitalisée pour **le bilan d'une énurésie.** Elle a toujours été énurétique et ses parents n'ont jamais pris de mesure pour essayer de la rendre propre. Elle présente, en outre, un léger **retard scolaire** associé à des **troubles du langage :** troubles de l'articulation et surtout elle s'exprime très peu et à voix basse seulement. Elle est **hyper-émotive et très inhibée.**

Il n'y a rien à signaler au sujet de sa naissance et de son premier développement psychomoteur. Elle a dit ses premiers mots vers 12 mois, mais a des difficultés pour prononcer cetrains sons : dit cheu pour se, sé pour sept.

C'est une enfant qui n'a jamais quitté sa famille, les parents sont d'origine espagnole. Le père âgé de 49 ans est employé comme coupeur tailleur.

La mère, 44 ans, atteinte d'une cardiopathie est souvent fatiguée et sort peu de chez elle : elle est très perfectionniste et exige beaucoup de ses enfants quant à la propreté de la maison.

L'entente du ménage est bonne, Ghislaine est la dernière de six enfants dont l'aîné a 21 ans, il est employé de banque, puis viennent trois garçons, Paul, 19 ans, ajusteur ; Serge, 15 ans, apprenti pâtissier ; Roland 12 ans, écolier. Avant Ghislaine, Corinne, 10 ans. Aucun des enfants n'a été énurétique et n'a posé de problèmes. Les deux filles dorment dans la même chambre et s'entendent bien ; Ghislaine est une enfant très sage. Au point de vue scolaire elle a mis longtemps à apprendre à lire, elle est encore au cours préparatoire, mais cependant s'applique bien.

L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE :

Durant tout l'examen elle est inhibée, contractée, s'exprimant difficilement, faisant preuve d'une grande lenteur.

LE NIVEAU :

— WISC.

LA PERSONNALITE :

— Entretien.
— Dessins.
— P N.

— Le niveau de développement intellectuel est moyen puisqu'elle obtient **95 au WISC.**

L'inhibition et le manque de coopération ont gêné la passation de l'épreuve et d'autres investigations semblent nécessaires pour apprécier valablement ses possibilités.

LA PERSONNALITE :

Les dessins et les tests projectifs traduisent des **difficultés relationnelles** importantes avec la famille : forte revendication affective au milieu parental avec dépendance importante de la mère, les aînés sont perçus par elle comme exerçant le rôle parental. L'âge bébé est préféré.

L'inhibition globale du comportement et les difficultés d'expression verbale rendent compte d'une certaine anxiété que l'on trouve dans le P.N.

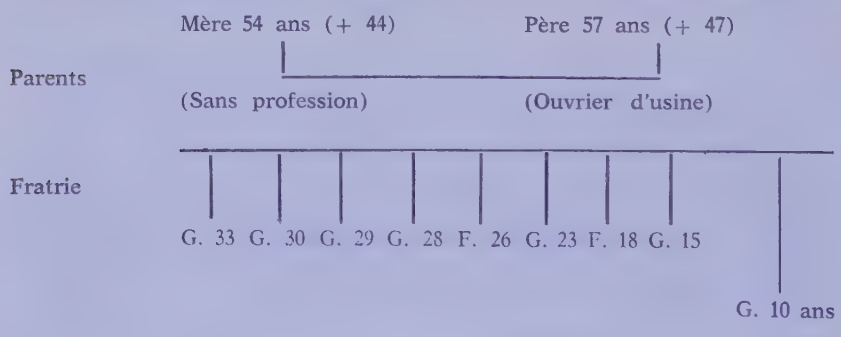
L'examen somatique et le bilan de l'énurésie ne révèlent rien d'anormal.

CONCLUSION :

Bien qu'il soit difficile de parler d'immaturité à 8 ans, l'énurésie semble s'intégrer dans **un contexte d'immaturation générale** ; Ghislaine est maintenue dans cet état par l'ambiance familiale et, en particulier, par la mère relativement âgée et malade ; une modification de cette ambiance a été conseillée aux parents, afin de donner plus d'autonomie à l'enfant, de lui permettre un épanouissement de sa personnalité. (Vie dans une ambiance plus jeune et plus ouverte).

— Immature, mais très anxieuse.
— Revendication affective à l'égard de la mère.

OBS. N° 7 C... Patrick, 10 ans, né le 15-12-1959. Vu en 1969 C.H.U.



Patrick, 10 ans, est adressé à la consultation par son médecin traitant pour des **difficultés scolaires** et **des troubles du comportement** dans sa famille.

En classe, il est en **retard** : il a redoublé le C.E.1, est actuellement au C.E.2, mais **refuse d'aller en classe** sous prétexte qu'on le gronde ; le maître dit qu'il travaille moyennement, mais pleure souvent pour des prétextes futiles.

Chez lui, il fait beaucoup de **caprices** et de **colères, refuse de manger,** vient récemment de faire **deux fugues** après avoir été grondé et surtout **a menacé de se tuer** en laissant une lettre à sa mère : « je pars de cette maison puisque tu ne me veux plus. »

C'est un enfant hypotrophique, mais qui n'a aucun antécédent pathologique notable. Sa naissance, son développement psychomoteur ont été normaux. Il marche à 13 mois, est propre vers 18 mois.

Les parents sont âgés ; le père a 57 ans, il est d'origine espagnole, et ouvrier dans une usine d'aviation. Il est assez fruste et semble ne pas supporter la turbulence de son fils, quand il est chez lui. Il s'en occupe peu.

La mère, 54 ans, reste à la maison. Elle aussi supporte difficilement son fils surtout ses troubles caractériels et son refus d'aller en classe. Ses autres enfants ne lui avaient pas donné de difficultés. Elle semble, cependant avoir des qualités affectives tout à fait normales envers son enfant.

Patrick est le dernier de neuf enfants.

Les aînés, 33 ans, 30 ans, 29 ans, 28 ans, 26 ans, 23 ans, sont mariés et ne vivent plus au foyer.

Il a avec lui une sœur de 18 ans et un frère de 15 ans.

Il est assez **timide, inhibé au début** de l'entretien, mais **sa participation est vite bonne.** Il confirme qu'il ne se plaît ni à la maison, ni à l'école où on ne fait que le gronder. Il parle de chez lui avec assez de tristesse.

LE NIVEAU :

— W.B. pour enfants

LES RESULTATS :

— Q.I. G. 76
— 75 en V.
— 81 en P.

dénotent un pouvoir d'abstraction et d'élaboration conceptuel assez faible. La partie performance est légèrement meilleure. La compréhension est bonne ,le jugement peu développé.

PROJECTIFS :

— Dessins : (arbres - famille).
— Entretiens.

Les dessins sont stéréotypés, les arbres sont dépressifs, l'utilisation des couleurs est peu importante et il y a peu de recherche imaginative.

Le dessin de la famille n'est pas accepté, il ne représente que son frère de 15 ans et lui, ses parents sont scotomisés ; il ne représente que des objets (buffet, télévision) qui doivent avoir pour lui toute l'importance, représenter la sécurité. Les relations avec les parents sont, évidemment, ici le centre du problème que nous n'avons pu creuses en raison de circonstances purement matérielles, par des tests projectifs.

Sur le plan pratique nous avons conclu à un retard de développement intellectuel à mettre en rapport avec les difficultés d'intégration et de relations dans le milieu familial, à une immaturité affective avec revendicatio nsur ce plan vis-à-vis de la mère, exprimés de façon infantile.

Quelques signes névrotiques :

— tristesse,
— fugues,
— départ de chez lui, etc.,
— anxiété - inhibition.

CONSEILS :

Le conflit très aigu scolaire et familial empêche cet enfant de progresser et ne peut qu'augmenter le retard scolaire.

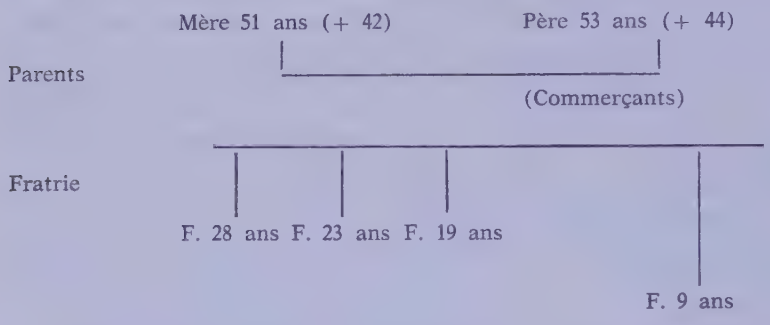
Une de ses sœurs, mariée qui a deux enfants, propose de le garder temporairement et de le mettre en classe près de chez elle. Tout le monde semble satisfait de cette solution.

Doit être suivi pendant quelque temps.

Un petit traitement à base de Valium.

A revoir dans quelques mois.

OBS. N° 8 F... Marie-Hélène, 9 ans, née le 31-1-1960. Vue en 1970 C.H.U.



Marie-Hélène est envoyée par le service de Médecine infantile où elle est hospitalisée pour **instabilité, nervosisme et troubles du sommeil** ; elle est déjà connue de ce service où elle a fait trois séjours pour des épisodes convulsifs. Elle a des **difficultés scolaires** et redouble sa classe.

C'est la petite dernière de la famille puisqu'elle a 10 ans de moins que ses aînées. Sa mère a eu une grossesse pénible à 42 ans avec des vomissements et une asthénie importante.

La naissance et le développement psychomoteur ont été normaux, l'acquisition de la propreté diurne et nocturne s'est faite tôt.

A l'âge de 2 ans et demi, au décours d'un épisode hyperthermique, elle présente une crise convulsive sans anomalie électrique dans les jours suivants.

Six mois plus tard, nouvelle crise sans traduction à l'E.E.G., toujours à l'occasion d'un épisode fébrile. Par la suite elle n'a pas présenté d'autres crises.

L'E.E.G. pratiqué pendant l'hospitalisation actuelle n'est pas de type franchement comitial, mais fait plutôt penser à un dysfonctionnement non organique.

Elle est toujours restée dans sa famille, jusqu'à l'âge de 6 ans où elle passe un an dans une pension religieuse à la campagne. Ses parents sont commerçants et très absorbés par leur profession. Le père a 53 ans, il s'occupe du commerce et n'est jamais à la maison, il ne dit jamais rien quant à l'éducation de ses filles.

La mère, 51 ans, est elle aussi très souvent absente de la maison et ne peut s'occuper de Marie-Hélène.

Il y a quatre filles dont Marie-Hélène est la dernière. Elles vivent toutes à la maison.

L'aînée, 28 ans, est professeur d'histoire.

La deuxième, 23 ans, est professeur de français.

La troisième, 19 ans, fait des études de droit.

Ce sont ses sœurs qui s'occupent d'elle en particulier, pour ses devoirs. Elle **redouble** le CE2, et **obtient peu de résultats** : elle est inattentive, comprend lentement. Elle prend régulièrement des cours particuliers.

BILAN PSYCHOLOGIQUE :

Très infantile, elle **bavarde et joue beaucoup pendant la passation des tests ; son attention** est **très labile.** Elle est cependant coopérante, ouverte.

LE NIVEAU : WISC.

LA PERSONNALITE :

— Entretien.
— Dessins.

— **Le niveau** de développement intellectuel est normal bas, elle obtient un Q.I. global de 81, avec 79 aux épreuves verbales et 73 en performance.

Elle a des difficultés surtout au niveau du raisonnement abstrait, plus que dans la réalisation des épreuves.

La personnalité est encore très peu affirmée. Ses intérêts sont essentiellement ludiques, son comportement est infantile pendant l'entretien : elle interrompt sans cesse pour raconter ses petites histoires de classe.

Les dessins sont primitifs pour 9 ans, stéréotypés. Les parents ne se différencient pas des sœurs aînées, elle dessine des gens rassemblés mais absolument pas groupés comme dans une famille, elle se met un peu à l'écart, en dernier. Ses arbres aussi sont primitifs, les fruits en couronne à l'intérieur du feuillage. Personnalité faible ayant peu d'initiatives constructrices, attendant tout des autres.

L'examen somatique est normal ; le bilan psychomoteur ne révèle pas de difficultés.

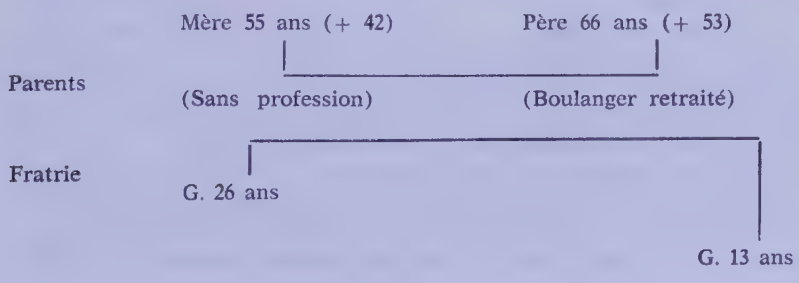
CONCLUSION :

Enfant qui ne progresse pas dans son développement affectif du fait de l'attitude de la mère absorbée par sa vie professionnelle, de l'âge des parents et de sa situation de dernière maintenue dans une position infantile.

Les parents ont été vus à la consultation, mais ne sont pas décidés à modifier leur comportement. Pour eux l'hospitalisation avait été faite pour le bilan d'une éventuelle comitialité et ils ne voient pas l'intérêt d'une modification à leur vie actuelle.

— Immaturité simple, pour laquelle nous regrettons de ne pas avoir d'autres tests projectifs.

OBS. N° 9 F... Jean-Claude, 13 ans, né le 11-7-1956. Vue en 1969 C.H.U.



Jean-Claude est un garçon de 13 ans, envoyé à la consultation de Psychiatrie infantile du C.H.U. par le service de médecine infantile où il est hospitalisé pour un bilan d'**asthme.** Il présente en effet, des crises d'asthme depuis l'âge de 2 ans.

Son père a 66 ans, boulanger en retraite. Sa mère a 55 ans, ne travaille pas. Il a un frère aîné âgé de 26 ans qui est ouvrier dans une usine de chaussures.

ANTECEDENTS :

Grossesse normale, cependant la mère a eu beaucoup d'ennuis pendant cette grossesse parce qu'ils ont été en procès et obligés de vendre leur commerce et de déménager.
un mois, mais jamais plus depuis. On ne peut faire préciser exactement la nature, ni le rythme de ces convulsions. Il semble qu'elles n'ont donné lieu à aucune thérapeutique. Dans sa première année il a eu de l'eczéma. Il a marché à 18 mois, acquis la parole à 2 ans. Episode pulmonaire et première crise d'asthme à l'âge de 2 ans ; depuis il a des crises d'asthme au rythme de trois ou quatre par mois, selon les contrariétés, dit la mère.

Il va en classe pour la première fois à 5 ans et n'a jamais présenté de crises à l'école. Son sommeil a toujours été bon. Il fait souvent des colères et des caprices.

Sa scolarité s'est faite régulièrement, il est en cinquième de transition actuellement. Il manque souvent la classe puisqu'à chaque crise, sa mère le garde deux ou trois jours à la maison; il se réveille pendant la nuit et appelle sa mère qui lui donne le sirop et le frictionne ; le père ne participe pas à ses soins, semble être en dehors. Il est couvé et surprotégé par sa mère ; il joue toujours seul, a une chambre à lui juste à côté de ses parents, il ne les a jamais quittés pour aller avec des camarades ou en colonie, seulement pour l'école ou l'hôpital.

Actuellement, depuis deux mois il semblait y avoir une recrudescence des crises et on l'a hospitalisé. Il a présenté lors de son hospitalisation des crises d'asthme typique.

Les bilans effectués :

— bilan clinique : normal,
— allergènes classiques : poussières,
— spirographie normale.

Jean-Claude est le type même d'**enfant couvé** ; il est **pâle, maniéré, infantile, efféminé.** Il est **passif,** répond facilement à toutes les questions. Il **semble satisfait qu'on s'occupe de lui,** d'être malade.

LE NIVEAU : WISC : 107 homogène.

Il est très coopérant. La compréhension est bonne, le jugement aussi, les capacités d'abstraction sont tout à fait normales pour l'âge.

LA PERSONNALITE :

— Rorschach.
— Dessins.

Organisation intellectuelle satisfaisante, affectivité essentiellement extravertie, forte réactivité aux stimulations émotionnelles extérieures perçues de façon immédiate et parfois mal contrôlée, signes d'égocentrisme, d'impulsivité et d'immaturité affective. Cette immaturité est confirmée par des contenus infantiles (anges, étoile de Noël, animal imaginaire) les identifications sont pour le moment régressives : insectes, fleurs.

Difficultés d'identification et de relation avec les êtres humains qui sont, soit dévitalisés (portraits de femmes d'autrefois) soit rendus indifférents et lointains (anges) soit même, ce qui est plus grave non perçus en tant que banalités (il refuse à l'enquête des limites la banalité de la planche 3). Il n'y a pas de signes d'angoisse dans le protocole, mais de légers phéno-

mènes de choc aux planches dites paternelles, sexuelles, maternelles et devant les stimulations émotionnelles de la P. 2 et de la P. 9. L'image maternelle est perçue, mais dévitalisée et éloignée dans le temps.

CONCLUSION :

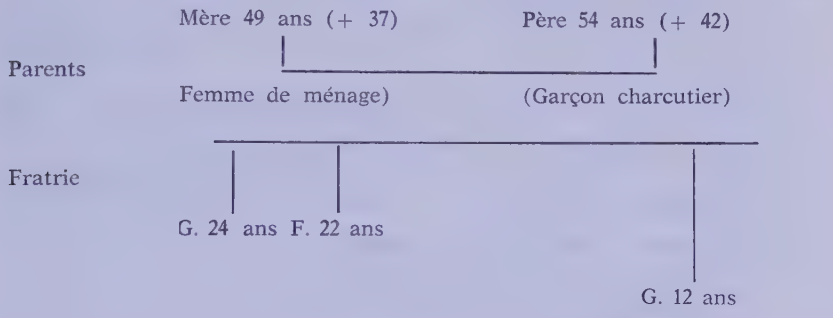
Enfant non névrotique, sans angoisse, mais témoignant essentiellement **d'immaturité affective, d'impulsivité et de difficultés d'identification et de relation avec autrui.**

L'activité fantasmetique existe, mais ne peut s'exprimer au niveau des relations humaines normales.

CONSEILS THERAPETIQUES :

— Déconditionnement du milieu familial, psychologique et physique.

OBS. N° 10 R... Alain, 12 ans, né le 30-1-1956. Vu en 1968 C.H.U.



Enfant de 12 ans, adressé par la consultation de chirurgie infantile où il est allé pour une **Enurésie,** énurésie primaire, avec quelques **troubles caractériels.**

Ses parents sont relativement âgés, son père a 54 ans, il est charcutier ; sa mère, âgée de 49 ans, est femme de ménage.

Alain est le dernier d'une fratrie de trois ; il a un frère de 24 ans et une sœur de 22 ans qui ne vivent plus à la maison. Lui considéré comme le petit dernier est protégé par tout le monde, **maintenu dans une relation de dépendance complète avec sa mère.**

A sa naissance il a subi une exanguino-transfusion pour une incompatibilité sanguine au facteur Rh. Son premier développement psychomoteur a été normal et il n'a pas eu de maladie grave.

Il n'a jamais acquis la propreté nocturne ; cependant son **énurésie est intermittente,** mais ses parents n'ont jamais pu établir de relations avec certains événements psychologiques. Il existe chez lui une **potomanie** importante.

Rien n'a été essayé pour corriger ses troubles ; le matin il attend que sa mère vienne le lever et le changer. Il **réagit donc très passivement,** s'y complait. C'est un enfant très affectueux, la mère minimise tout ce qui a trait à cette énurésie, étant tout à fait rassurée par le fait qu'il n'y ait pas de cause organique. Physiquement il est hypotrophique.

En classe il travaille moyennement et va entrer en sixième.

— Comportement :

Il se confie facilement, se montre **très coopérant aux tests, ne paraît pas du tout concerné** par ce qu'on lui fait faire, **suit passivement sa mère.**

Il n'y a **aucune anxiété** dans la situation de testing.

LE NIVEAU : WISC.

— montre une intelligence normale moyenne avec un Q.I. de 98 global, homogène.

LA PERSONNALITE :

— Dessins.
— Rorschach.

Des tests projectifs il ressort une **passivité générale** avec un **conformisme important.** L'adaptation affective n'est pas toujours réussie, son affectivité est égocentrique. Sa pensée est souvent stéréotypée avec une identification régressive.

Au Rorschach : nombre important de réponses globales par rapport aux réponses grand détail.

Le contenu des interprétations qui leur est associé est souvent une réponse animale ce qui serait l'indice d'une difficulté à s'identifier à un humain.

Le F % assez élevé (70 %) semble indiquer que le processus rationnel n'est pas troublé par l'affectivité.

Le TRI révèle une réactivité extratensive, avec cinq réponses couleur (2 FC - 3 CF). Le désir de l'adaptation affective n'aboutit pas toujours.

La maturité plus souhaitée que réalisée laisse la place aux réactions subjectives à l'affectivité égocentrique.

La FS reste extratensive tout en étant plus retractée par le TRI, indice d'une personanlité en évolution. L'analyse du contenu révèle des identifications assez régressives, infantiles, avec un A % de 60.

On note la perturbation du rapport mère-enfant avec l'absence de la K féminine normale. L'absence de la réponse humaine à la P. 3 indiquerait les difficultés d'identification.

On peut penser à une personnalité immature par :

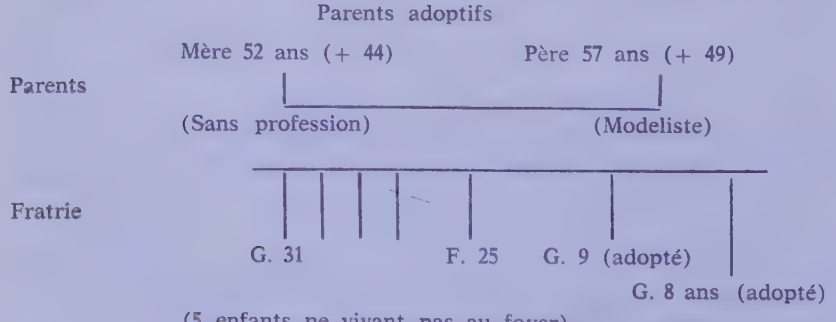
— le nombre des réponses couleur,
— le pourcentage élevé des contenus animaux,
— les difficultés d'identification humaines,
— le conformisme.

CONCLUSION :

Enfant immature, pas du tout névrotique.

A autonomiser, à mettre dans un groupe de jeunes. Le père doit s'en occuper davantage.

OBS. N° 11 D... André, 8 ans, né le 25-4-1961. Vu en 1969 C.H.U.



Enfant de 8 ans, adressé à la consultation par le Service de chirurgie infantile où il avait été vu pour les suites d'un traumatisme crânien et pour des **troubles du comportement** importants.

Il a des **difficultés scolaires** puisqu'il est encore au C.P. et ne lit pas couramment. Chez lui il est **agressif, insupportable, a mis le feu** à l'atelier de son père, a caché de l'argent qu'il avait pris, **refuse de manger** et est **énurétique.**

Tous ces troubles sont apparus soudainement; à l'école on le pousse et il tombe assez brutalement, semble-t-il, puisqu'il y avait eu une perte de connaissance de quelques minutes. Par ailleurs, il présente un épanchement de synovie pour lequel il sera traité par le Service de Chirurgie infantile. L'E.E.G. pratiqué un mois après montre un tracé assez instable, mais ne donne pas d'autres renseignements.

Il s'agit d'un enfant adopté par des parents âgés; il a un frère de 9 ans qui était à sa naissance en nourrice chez ces parents adoptifs; lui-même quand il est né a été confié à ces gens et la mère a disparu depuis.

Pas de maladie grave dans l'enfance, le développement psychomoteur a été normal, il a été propre normalement tôt.

Tout allait bien jusqu'à cet accident.

Que sait-il de sa situation d'adopté ? Il ne porte pas le même nom que ses parents adoptifs et tout ne semble pas clair de ce côté-là; il est **agressif à l'égard de son frère,** lui dit qu'il n'est pas son frère. Il se trouve donc **très insécurisé.**

La « mère » a 52 ans et ne travaille pas, son mari 57 ans, dessine des costumes, travaille chez lui et est donc très souvent en contact avec les enfants.

Au moment de la consultation la mère était très rejettante, excédée des troubles caractériels de l'enfant.

La famille adoptive a 5 enfants de 31 à 25 ans, dont seulement une fille de 25 ans vit avec eux.

André est un enfant **très spontané** et **très coopérant** pendant les examens, mais on ressent d'emblée l'origine de ses problèmes affectifs, dès qu'on parle avec lui de sa famille il devient **inhibé,** ses yeux sont larmoyants. Il **recherche le contact,** se montre très ludique et participant.

LE NIVEAU :

— Wisc

Le niveau donne un Q.I. Global à 77, ce qui ne correspond pas à l'impression clinique, aux capacités de compréhension et de jugement dont il peut faire preuve.

Il y a un écart important entre les résultats verbaux et les résultats de performance au profit de ces derniers (90 pour 69) bien qu'il semblle y avoir quelques difficultés d'organisation spatio-temporelles, en rapport avec une latéralité encore mal définie.

Les capacités d'abstraction et de généralisation sont faibles. On peut donc émettre l'hypothèse d'une légère débilité, cependant son comportement, ses interventions, sa coopération, ne permettent pas de l'affirmer et on penserait plutôt à une arriération affective.

LA PERSONNALITE :

— Dessins
— C.A.T.

Dans le C.A.T. on met en évidence des sentiments de carence affective, d'insécurité et d'abandon. Ce sentiment semble déterminé par le fait qu'il connaît sa situation d'adopté plus que par le comportement parental; ce sentiment de solitude se double chez lui d'une forte rivalité fraternelle que l'on retrouve exprimée dans tous ses dessins, lui se présentant isolé et à l'opposé de son frère, qui lui est près du père. L'enfant réagit par de fortes décharges agressives qu'il ne contrôle pas, ce qui transparaît

tout au long des tests (que faut-il faire quand un enfant plus petit que toi veut se battre avec toi ? l'attaquer).

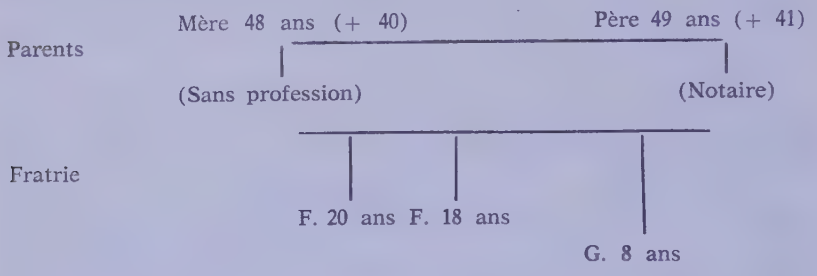
CONCLUSION :

Enfant d'intelligence limite, en ce sens que les possibilités intellectuelles sont freinées dans leur développement par les conflits affectifs.

— Immature, névrotique.

— Carence affective avec anxiété essentiellement.

OBS. N° 12 A... Gilles, 8 ans, né le 1-9-1960. Vu en 1968 C.H.U.



Enfant de 8 ans amené par ses parents pour des **difficultés scolaires.** Il redouble le C.E. 1, **travaille mal** ou **refuse de travailler,** est **instable** en classe. Il est encore **énurétique.** Il a été à l'école pour la première fois à 4 ans et demi, puis a eu beaucoup de mal à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

Sa naissance a été normale, de même que son développement psychomoteur, il n'a jamais acquis la propreté nocturne, mais il semble que depuis cette rentrée scolaire il y ait un net progrès.

Il est d'un milieu socio-culturel bon; ses parents : père 49 ans, notaire; mère 48 ans, sans profession, s'en occupent peu. La mère bien que ne travaillant pas, dit qu'elle n'a pas la patience de s'en occuper qu'elle préfère le confier à une bonne. Le père n'est que rarement à la maison, parle de son fils comme s'il faisait un rapport sur un étranger; cette démarche semble lui faire prendre conscience de certains problèmes, cependant.

Gilles est le dernier d'une fratrie de trois; il a deux sœurs de 20 et 18 ans faisant toutes les deux des études supérieures et n'étant plus à la maison.

Depuis qu'il est né on s'occupe de lui comme d'un bébé pour l'amener et aller le chercher à l'école, le faire manger, le coucher, lui faire faire ses devoirs. Bien que souvent agressif à l'égard de sa mère : « il faudra bien qu'elle travaille un jour », il lui est très attaché et pleure dès qu'elle quitte la pièce.

Il **ne travaille pas en classe, ne veut pas faire ses devoirs;** à la consultation il est **très ouvert,** s'exprime bien, prend une **attitude décontractée** ou **même opposante;** il **n'est pas stimulé** parce qu'on lui demande, est laisser aller, à demi couché sur la table. Il **essaye de forcer l'attention,** d'obtenir la complicité de l'adulte par des grandes exclamations, des soupirs, des attitudes théâtrales, tout un **comportement ludique** un peu exagéré pour un enfant de son âge. « Je ne travaille pas parce que je ne veux pas. »

LE NIVEAU : TESTS :

— Wisc qui donne

Q.I. G 101 < P. 96 / V. 106

Ses possibilités ne sont pas totalement exploitées. La baisse en performance semble en partie liée à un manque de stimulation qui le fait travailler lentement. Il a, en outre, des difficultés d'organisation spatiale et sa latéralité ne semble pas encore bien définie à droite.

LES PROJECTIFS :

— Dessins
— P.N.

Les dessins sont peu spontanés, l'enfant raconte ce qu'il va dessiner et réalise quelque chose de plus pauvre.

Au P.N. on peut voir que la phase œdipienne n'est pas encore résolue, avec désir de prendre la place du père et agressivité tout au long de l'examen, il recherche le contact avec l'adulte et par là est détourné de l'intérêt qu'il peut porter à réaliser ce qu'on lui demande.

Il ressort donc de ses tests les difficultés qu'il a à nouer une relation satisfaisante avec les grandes personnes et ses parents en particulier. **Enfant immature, bébé, un peu agresif, pas anxieux.**

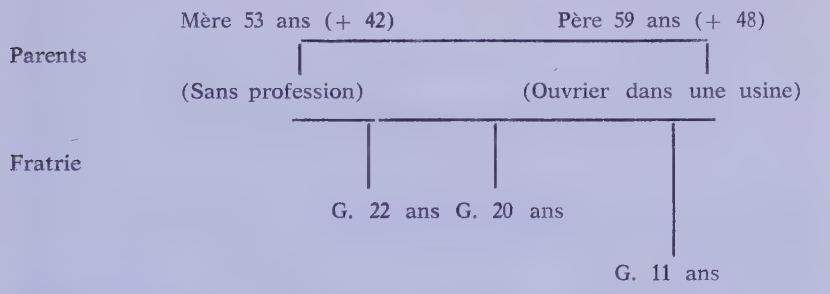
CONSEILS :

Educatifs, pédagogiques aux parents, lui laisser un peu plus d'autonomie et plus de présence affective.

A revoir dans 3 mois. Si non psychothérapie.

Il est revenu trois mois après et tout semblait aller bien.

OBS. N° 13 C... Alexis, 11 ans, né le 22-12-1954. Vu en 1965 Guidance.



Enfant de 11 ans, amené par ses parents, en consultation pour des **difficultés scolaires,** avec un **retard d'un an,** et des **troubles du comportement : infantilisme** avec **repliement** associé à une **boulimie,** des **préoccupations hypocondriaques** et à une **énurésie et encoprésie** intermittentes; jusqu'au moment de la consultation rien n'a été fait à l'encontre de ces troubles. Ce sont, essentiellement, les problèmes scolaires qui ont entraîné les parents à consulter.

Ses parents sont âgés, la mère, 53 ans, ne travaille pas à l'extérieur; c'est une femme obèse qui se présente comme la mère nourricière par excellence, hyperprotectrice, manquant d'autorité et ne cherchant pas à en avoir. D'un niveau assez fruste, ses préoccupations ménagères et en particulier les menus, les repas, sont ses soucis principaux.

Le père, 59 ans, est ouvrier dans une usine de produits chimiques et aspire à la retraite; il est calme, intelligent, heureux de sa vie conjugale, mais pense que sa femme, par sa faiblesse, lui a fait rater l'éducation de ses fils en l'empêchant de sanctionner comme il aurait voulu.

La grand-mère maternelle, 84 ans, vit avec eux. Alexis est le dernier de 3. Il a 2 frères aînés, un de 22 ans, qui est chauffeur d'autobus, vit à la maison, sort peu et s'occupe beaucoup de son petit frère. Le second, ouvrier, 20 ans, passe au contraire la plupart de son temps hors de chez lui.

L'atmosphère familiale est très étouffante, l'enfant n'a jamais été séparé de sa famille; il a peu de relations avec les enfants de son âge, n'aime pas jouer avec eux et vit replié sur lui-même, s'intéressant essentiellement à la lecture, se réfugiant dans la vie imaginaire. Il est boulimique, obèse. Il se plaint souvent d'avoir mal au ventre, à la tête, au bras, etc.

Sa naissance a été normale, de même que son premier développement psychomoteur : il marche à 10 mois, parle vers 2 ans. Pas d'antécédents pathologiques. Sa mère l'a nourri pendant un an, puis par des laitages et des bouillons jusqu'à l'âge de 5 ans.

Il a été énurétique et encoprésique jusqu'à l'âge de 8 ans. Depuis il ne l'est que par intermittence.

Son sommeil a toujours été très bon.

Il **n'aime pas l'école, mais n'a jamais refusé d'y aller.** Son **rendement est très médiocre :** il est **lent, maladroit, passif,** ce qui provoque la raillerie de ses camarades. Il **refuse toute activité sportive,** craignant le contact physique avec les autres. Il suit mal le cours moyen 2.

Pourtant, il a appris à lire normalement.

A la maison il est donc pour tout le monde le petit bébé et se comporte comme tel.

C'est un enfant nonchalant et apathique très épanoui, faisant penser à un gros poupon satisfait. **Le contact avec lui est très facile, il se montre coopérant, très peu anxieux** par la situation d'examen, **dépendant de l'examinateur,** éludant ce qu'il ne veut pas faire par des plaintes infantiles.

NIVEAU TESTS : Wisc

PERSONNALITE :

— Dessins
— Rorschach
— T.A.T.

— **Le niveau** de développement intellectuel est normal moyen avec un Q.I. global de 97

le quotient verbal est de 102 et celui de performance de 92.

L'élocution est très lente et appliquée avec une tendance à inventer des mots; il a une certaine difficulté en lecture.

Sa lenteur et sa maladresse dans les manipulations et ses difficultés d'organisation spatiale expliquent le résultat plus faible obtenu en performance.

La maladresse manuelle se retrouve dans ses dessins qui ressemblent à ceux d'un enfant de 5 ans. Le vécu de la structure familiale confirme l'observation clinique : les deux images importantes sont la mère et la grand-mère avec un fort attachement au frère aîné « qui me sert un peu de maman »; le père est perçu comme insignifiant, vieux, avec l'angoisse œdipienne de sa mort.

LA PERSONNALITE :

Le Rorschach : la formule d'appréhension est déséquilibrée avec un blocage au niveau des réponses grand détail. On relève un nombre important de réponses globales par extension d'un détail (DG), de nombreuses confabulations et contaminations. Le contrôle avec la réalité fait défaut.

Le T.R.I. et la formule secondaire sont de sens inverse, indiquant un conflit intra-psychique.

Le T.R.I. met en évidence un caractère extratensif dilaté, c'est-à-dire, qui perd facilement son contrôle émotionnel face à des stimulis externes, avec une instabilité affective.

La présence des **réponses couleurs pures** indique une impulsivité mal contrôlée. Cependant il fait des efforts pour contrôler ce facteur émotionnel.

La F.S. révèle des tendances à l'introversion, fortes tendances au repliement sur soi et fuite dans l'imaginaire. Il semble que sa personnalité s'oriente vers une coupure des relations avec autrui.

On note des attitudes infantiles et ludiques (nombre important de (H) = (Anges) et la vision des formes coupées.

Un choc à la planche IV avec un nombre de réponses plus élevé et réponses dysphoniques, une certaine ambivalence quant aux rôles masculins et féminins à la P. III, révèlent une identification incertaine.

On peut penser à une immaturité :

— 5 réponses couleurs
impulsivité mal contrôlée,
affectivité égocentrique,

— images parentales perturbées et identification ambivalente.

LE T.A.T. :

Les thèmes principaux sont des thèmes agressifs : agressivité physique, impulsivité, anxiété devant ce besoin de destruction, le désir de la mort du père étant fortement culpabilisé.

Il ressort de cette étude que la personnalité de l'enfant est puérile, caractérisée par le conformisme social, l'impulsivité; il y a chez lui une certaine anxiété. On doit dire qu'il y a quelques éléments pathologiques réponses de type schizoïde : formes coupées, dissociées, réponses D.G.

L'immaturité d'Alexis semble s'intégrer dans le cadre d'une personnalité perturbée et on pourrait craindre l'évolution vers un autisme psychotique. Son dynamisme est faible.

CONCLUSION :

— Immaturité affective très importante, faisant craindre une évolution autistique possible.

— Parents âgés, milieu familial hyperprotecteur.

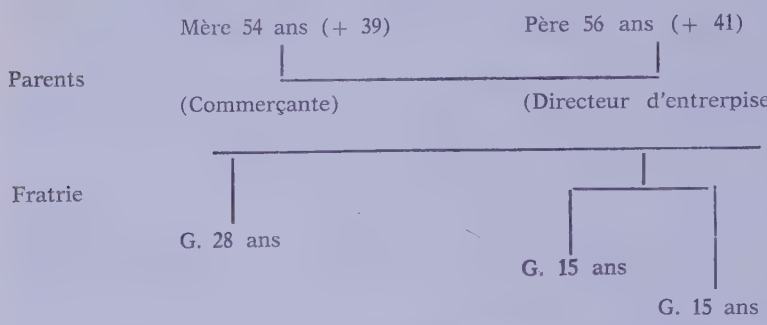
Les indications thérapeutiques posées par l'équipe du Centre ont été les suivantes :

— Psychothérapie.

— Virilisation par tous les moyens; stimulation, groupes de jeunesse, sports, judo, etc.

— Action éducative en milieu ouvert sur la famille, avec service de suite.

OBS. N° 14 B... J.-Jacques, 15 ans, né le 7-8-1949. Vu en 1965, Guidance.



Enfant amené par sa mère pour des **difficultés scolaires** avec **important retard, opposition, dyslexie, dysorthographie** et pour des **troubles caractériels** et du **comportement** importants : **fugues, vols d'argent, agressivité.**

Ses parents sont séparés depuis 2 ans. Séparation précédée d'une longue mésentente.

Son père, 56 ans, était directeur commercial dans une importante entreprise et depuis quelque temps s'était mis à boire.

Sa mère, 54 ans, tient un commerce, c'est une femme très active qui se réfugie dans son travail, car elle est débordée par les problèmes que lui pose son fils.

Il y a trois enfants.

Un frère aîné de 28 ans, marié, ne vivant pas avec eux.

Un frère jumeau qui ne pose pas de problème, suit une scolarité régulière dans un établissement différent de Jean-Jacques. Jean-Jacques est infériorisé vis-à-vis de son frère.

Sa naissance a été normale de même que son premier développement psychomoteur. Il est propre tôt, n'a pas de difficultés de sommeil.

L'examen somatique est normal.

L'E.E.G. ne montre aucune anomalie.

Il est resté dans sa famille jusqu'à l'âge de 8 ans, allant à l'école primaire. Il a eu beaucoup de mal pour apprendre à lire. Il présente une **dyslexie, dysorthographie.**

Il est alors mis en pension où il reste 5 ans atteignant à peine le niveau du C.E.P., où il échoue.

Il est alors mis pendant 2 ans, en pension, chez une tante et c'est un nouvel échec.

Depuis un an il est dans un nouvel établissement où il suit une classe de 5e. Il vient d'être **renvoyé** pour troubles du comportement : **vols d'argent, fugues** et **troubles caractériels : revendication, agressivité.**

Chez lui il est aussi **très opposant, vole de l'argent** à sa mère, n'écoute rien. Ses parents le présentent comme un enfant qui échoue partout.

A l'examen il se présente comme un adolescent sympathique. **La relation est facile** à établir, il **parle sans réticence** de ses problèmes familiaux, de la situation actuelle peu équilibrée et insécurisante. Il se situe difficilement dans le contexte familial compliqué et se complaît dans cette description dont il se fait facilement le centre : il a tendance à **tout ramener à lui** et à **se donner le rôle pénible.** Il **reste assez peu objectif** vis-à-vis de ses problèmes.

LE NIVEAU : W. B.

lui donne un Q.I. moyen de **86** avec 85 en V. et 90 en P.

Il s'agit donc d'un niveau normal faible; sa coopération est bonne, mais son comportement **reste dépendant des réactions émotives.**

Il **devient angoissé** devant la difficulté, agit par essais et erreurs, ne laissant que peu de place à la réflexion. Il a souvent des **attitudes dévalorisantes** qui sont autant **d'appels au réconfort et à la gratification** (revendication affective).

LA PERSONNALITE :

— Entretiens
— Dessins
— Rorschach

Sa personnalité s'élabore sur un **fond d'angoisse.** Son mode d'appréhension de toute situation nouvelle se fait par le **petit détail. Emotionnellement perturbé** par le problème central que lui pose la planche, il se réfugie dans une minutie presque obsessionnelle.

Les contenus associés à ces Dd sont eux-mêmes des détail d'animaux ou d'hommes.

Jean-Jacques est de type extratensif presque ambi-égal au TRI. Cette extratensivité est plus marquée dans le F S qui se rapporte aux tendances latentes. **Les réponses couleurs** sont peu nombreuses, mais on note un nombre important de réponses estompage qui sont des réponses chromatiques atténuées. **Le désir de contrôle des impulsions émotionnelles échoue** et est dominé par l'angoisse.

Au niveau des contenus ,on note un pourcentage élevé de réponses humaines, fait qui peut s'expliquer par les préoccupations de Jean-Jacques dans ses rapports avec ses intimes. Il faut remarquer l'abondance des Hd (13 pour 2 H.) qui dénote une incapacité ou un refus de voir l'être humain en entier.

Les images parentales telles qu'elles sont vécues par Jean-Jacques ne font que nourrir sa revendication. Il a tendance à s'identifier au père et à épouser son statut d'épave. Cette attirance est combattue par une image maternelle écrasante qui provoque des sentiments ambivalents tantôt de critique, tantôt d'**attachement régressif** à composante exclusive.

L'attitude de la mère est vécue comme un rejet et comme une négation de sa virilité qu'il compense dans les actes anti-sociaux à caractère autopunitif marqué.

La personnalité de Jean-Jacques manque de structuration. **Personnalité asthénique avec tendance à se replier sur soi, une grande anxiété** ainsi qu'un fond d'opposition. Les mécanismes de défense utilisés sont de type obsessionnel. Le sentiment de culpabilité est important.

Donc au terme du Rorschach on peut conclure à une **personnalité plus névrotique que spécifiquement immature.**

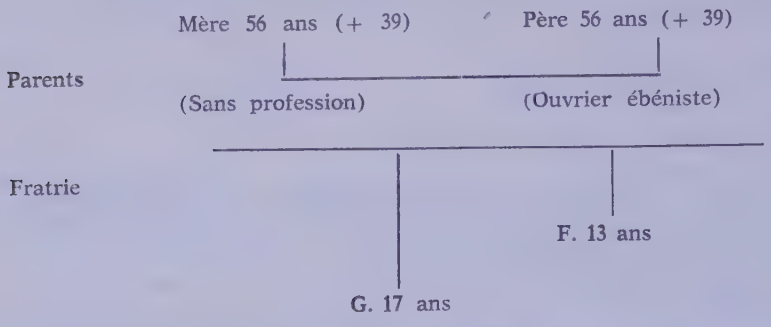
CONCLUSION :

— Personnalité **passive, asthénique, les délits sont des besoins de valorisation.**
— Insécurité du milieu.
cultés relationnelles et d'identification parentale.

CONSEIL THERAPEUTIQUE :

— Placement en centre spécialisé.
— Aide psychothérapique.

OBS. N° 15 C... Gérard, 17 ans, né le 23-7-1948. Vu en 1965, Guidance.



Adolescent amené au Centre par ses parents pour des **troubles du comportement, avec instabilité professionnelle, fugues** et **opposition caractérielle** au milieu familial.

Il avait, à l'âge de 15 ans, fait un séjour de six mois à l'Institut Pédo-Technique pour les mêmes troubles, car ses manifestations **caractérielles, avec colères, crises névropathiques** existent depuis l'enfance. Les parents ne savent que faire et demandent une aide au Centre.

Ils sont, relativement, âgés, d'origine espagnole.

La mère, 56 ans, est asthénique, dépressive et a fait plusieurs séjours en maison de santé, pour des épisodes dépressifs et hypocondriaques, dont un après la naissance de Gérard.

On note dans ses antécédents une bacillose pulmonaire grave à cause de laquelle elle n'a pas eu d'enfant plus tôt. Elle tenait absolument à la grossesse malgré son état physique.

Le père, 56 ans, ouvrier ébéniste est un homme calme, équilibré, très apprécié dans son travail. Il ne sait que faire pour s'occuper de son fils et il faut noter que lorsque son père est à la maison, il présente beaucoup moins de troubles.

Gérard a une sœur de 4 ans plus jeune de laquelle il est, et a toujours été, fortement jaloux; les parents s'entendent bien.

Sa naissance a été normale, mais à cause de la maladie de sa mère, il passe 18 mois en nourrice, puis il est gardé par ses grands-parents jusqu'à l'âge de 4 ans. Ses parents le voyaient régulièrement et l'on repris au moment de la naissance de sa sœur, moment où il commence à aller en classe.

Le premier développement psychomoteur a été normal, il est propre tôt.

Pas d'antécédents pathologiques. Le Bilan somatique est normal.

A l'école il était **instable, dissipé** et a obtenu à 15 ans, le certificat d'études au moment de son premier séjour à Saint-Simon. Il travaillait peu, bien qu'il ait appris à lire correctement et sans difficultés. Il avait été décidé qu'il travaillerait comme apprenti dans l'entreprise où est son père, ce qui se fait actuellement. Bien qu'il y aille le matin accompagné par son père, il **s'échappe sans motif, répond grossièrement** et **ne supporte pas les réprimandes,** si bien que la situation est tendue et qu'on ne le garde que par égard à son père.

Il a des camarades avec lesquels ses relations semblent être tout à fait adaptées; il n'a jamais eu de comportement anti-social.

Chez lui, ses parents le décrivent comme **égoïste, ne supportant aucune contrainte, refusant d'obéir** et réagissant par des **fugues** (1 jour, 1 nuit) ou un **chantage à la crise de nerfs** (crise qu'il a de temps en temps, lors de contrariétés, hystériformes). Il est **très jaloux de sa sœur,** lui donne des coups de pied à table, veut ce qu'elle a dans son assiette, etc.

A l'examen, il participe moyennement, **le contact reste superficiel.** Il présente une labilité émotionnelle importante extériorisée par un bégayement intermittent, une instabilité motrice et des réactions impulsives. Il a l'air un peu égaré donnant l'impression de ne pas être bien adapté au réel. On ne note, cependant, ni discordance, ni ambivalence pouvant faire évoquer une évolution psychotique.

LES TESTS :

— NIVEAU : W. B.

PERSONNALITE :

— Entretiens
— Dessins
— Rorschach

— **Le niveau** de développement intellectuel est normal faible, avec un Q.I. global de 93 homogène; il est **instable** et présente des difficultés d'orientation spatiale. Peu de capacités d'abstraction.

— Les épreuves projectives révèlent une **personnalité peu structurée** et affectivement perturbée, avec un fond dépressif permanent.

— Au Rorschach, on trouve **une anxiété** notable qui se manifeste par un mode d'appréhension sur le petit détail, et non sur la situation d'ensemble. Le TRI qui révèle la façon dont le sujet éprouve est de type extratensif.

L'analyse des réponses couleur mérite d'être faite plus en détail : la présence d'une réponse coulelur pure (une tache de jaune d'œuf) indique une impulsivité mal contrôlée; cependant il fait, pour contrôler le facteur émotionnel, des efforts qui échouent. En effet, les deux réponses F.C. correspondent à des mauvaises formes, ce qui montre que la maturité est souhaitée plus que réalisée.

La tendance la plus forte chez Gérard reste, malgré tout, une très grande réactivité à la couleur. Le nombre élevé de réponses C.F. indique la force de réactions subjectives. L'égocentrisme domine, l'important est son plaisir; le sentiment de l'altérité est peu ou pas développé; la personnalité est marquée par une immaturité de l'affectivité.

Si le TRI se rapporte à des attitudes actuelles, réalisées, le F.S. se rapportant aux tendances restées latentes, est en sens inverse du TRI. L'extratensivité est freinée par des mécanismes de repliement sur soi.

Le pourcentage des réponses humaines est faible (7 %), ce qui ne correspond pas à son âge, où ce pourcentage est souvent supérieur à la moyenne, ce qui serait lié à la difficulté des rapports avec la famille; où nous savons qu'il est en opposition avec ses parents.

Ce faible pourcentage est à rapprocher à la formule des réponses couleur : fuite des occasions de prendre conscience de lui-même, préférant ignorer ses attitudes profondes envers les figures parentales. La faiblesse de ce pourcentage est un autre élément en faveur de l'immaturité affective.

Tendance à la névrotisation se traduisant par son comportement opposant, agressif.

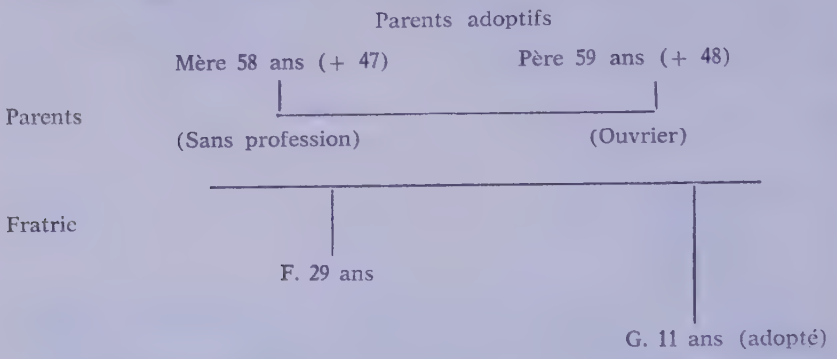
CONCLUSION :

Personnalité immature. Adolescent très dépendant du milieu familial assez peu sécurisant pour lui (état de santé de la mère, maladresses éducatives du père) et ne faisant qu'appraver l'inadaptation.

DECISION :

Placement dans un Centre de formation professionnelle; surveillance psychiatrique et traitement neuroleptique sédatif.

OBS. N° 16 M... Jean, 11 ans, né le 7-6-1950. Vu en 1961, Guidance.



Enfant amené par sa mère adoptive pour des **difficultés scolaires**, une **énurésie** et de **petits troubles du comportement** : il avait **volé** une breloque à un étalage, à cette occasion il a été puni et menacé d'abandon.

Il a été adopté à l'âge de 10 mois par un couple relativement âgé, ayant déjà une fille.

Le « père », 59 ans, est ouvrier, il s'occupe peu de l'enfant.

La « mère », 58 ans, est très affectueuse, peu sévère.

Ils ont une fille de 29 ans, célibataire, vivant au foyer qui est plus exigeante envers l'enfant.

La mère de Jean était célibataire lors de sa naissance; fruste elle n'a pu s'en occuper.

A l'âge de un mois et demi il fait une toxicose et est hospitalisé pendant 8 mois. C'est à la sortie de l'hôpital qu'il est pris par ses parents adoptifs. Il connaît sa situation d'adopté.

Les parents ont recueilli une nièce orpheline qui a 5 ans et vit avec eux.

Son développement psychomoteur a été pratiquement normal. Il marche vers 15 mois, dit ses premiers mots vers 18 mois. Il est propre à 2 ans le jour, la nuit il est toujours **énurétique**. Son sommeil est bon de même que son alimentation.

Pas d'antécédents pathologiques en dehors de sa toxicose.

En classe, il présente **un retard de deux ans** puisqu'il est au C.M. 1 : il est très instable, s'oppose au maître, ne veut par travailler.

A la maison il est **insouciant, affectueux, câlin** selon la description des parents. Il est tout de même remuant, **très instable**, a souvent peur de l'obscurité en particulier. Il est **insensible aux punitions et aux réprimandes**. Il n'est pas caractériel.

Jeune garçon épanoui; il est facile d'établir le contact.

LE NIVEAU : — B. S. Zazzo est normal, avec une Q.I. de **100**.

LA PERSONNALITE :

— Entretiens
— Dessins

Ses troubles sont interprétés alors comme réactionnels, par une complaisance dans la saleté et par ce **refus devant otut effort**, à un milieu affectivement riche, mais refusant de le laisser s'épanouir, brimant sa virilité, étouffant sa personnalité.

CONCLUSION :

— Immaturité importante.
— Problèmes d'adoption (anxiété) et de maladresses éducatives.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

Une action éducative, en milieu ouvert, avait été proposée aux parents. Il a participé avec beaucoup d'enthousiasme aux sorties de groupe le jeudi, mais les parents ont tout de suite trouvé que cela le fatiguait trop.

La mesure d'action éducative a donc été suspendue.

OBS. N° 17 R... Félix, 12 ans, né le 17-9-49. Vu en 61, St-Simon, puis Giudance

Parents	Mère 52 ans (+ 40)	Père 52 ans (+ 40)
	(Femme de ménage)	(Maçon)
Fratrie	Enfant unique	

Enfant amené d'urgence d'un aérium où il était depuis une quinzaine de jours et où il n'avait pu s'adapter : **fugues répétées.**

Il présente des **difficultés scolaires,** avec **instabilité, paresse;** il n'est pourtant **pas en retard,** mais **refuse de travailler.**

Chez lui il a des **troubles caractériels,** fait des **colères,** des **fugues,** de **petits vols à sa mère.**

La mère, 52 ans, est d'origine espagnole. Elle était célibataire quand son fils est né et est venue en France chassée par sa famille, où elle travaille comme femme de ménage.

Elle vit depuis 12 ans avec un espagnol maçon, de son âge, que Félix considère comme son père. C'est un homme sérieux, pondéré, qui aime beaucoup l'enfant, dont il s'est occupé depuis sa naissance, mais est gêné pour prendre une attitude autoritaire envers lui.

La mère, très affectueuse envers l'enfant est aussi très anxieuse, surtout en ce qui concerne les problèmes éducatifs.

Félix est fils unique.

Sa naissance a été normale, son premier développement psychomoteur aussi; il marche à 13 mois, parle vers 18 mois, est propre tôt.

Alimentation et sommeil sont normaux.

Il a été opéré d'une mastoïdite à 2 ans, d'une hernie ombilicale à 7 ans.

L'examen somatique est normal; sa taille et son poids sont élevés pour l'âge.

L'examen psychomoteur révèle quelques **difficultés d'adaptation spatiale;** sa latéralité est homogène à droite.

Il va en classe pour la première fois à 3 ans, son adaptation a été difficile de même qu'à l'école primaire : il **était dissipé, traînait dans les rues** avant de rentrer chez lui.

Son niveau est celui de fin d'études ce qui est normal. Il ne travaille bien que lorsqu'il sent une autorité ferme, ne prenant pas au sérieux ses menaces infantiles. **Il faut qu'on s'occupe tout particulièrement de lui** en classe, qu'on s'intéresse à ses progrès.

Chez lui il est **capricieux, très dépendant** de sa mère et sa mère entretient son **égocentrisme** et son **infantilisme.**

A l'examen le développement staturopondéral contraste avec l'attitude de « gros bébé entêté » qu'il donne. Il a l'air un peu ahuri, plein de bonne volonté et d'application. Il est **lent et maladroit.**

LE NIVEAU :

1) Terman Merrill : 10 ans, 8 mois, soit un **Q.I. de 90.**

Le vocabulaire est bon, l'expression un peu lente. Echec aux épreuves demandant une **réflexion abstraite** ou de l'intelligence pratique.

Dysharmonie entre le niveau intellectuel verbal qui est normal et la personnalité encore infantile, **incapable d'un effort réel de jugement et d'adaptation.**

2) Au W. B. : il obtient un Q.I. de **92**

— 83 en P.

— 101 en V.

LA PERSONNALITE :

— Entretiens

— Dessins

Les dessins sont infantiles.

Infantilisme du comportement : **taquineries, agressivité, attire l'attention.** Se cantonne avec beaucoup d'entêtement, dans son attitude infantile. **Ne fait jamais d'effort** pour faire ce qui ne lui plaît pas, ne **tient pas compte de ses expériences,** ce qui reproduit sans cesse des comportements inadaptés; arriération affective, **primitif dans ses réactions.**

CONCLUSION :

— Enfant immature, mais pas de tests à l'appui.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Nécessite d'un milieu structuré et ferme.
- Il peut continuer des études en restant dans sa famille.
- Service de suite en milieu ouvert.

OBS. N° 18 M... Bernadette, 13 ans, née le 1-10-1953. Vue en 1966, Guidance.

Parents	Mère 54 ans (+ 41)	Père 50 ans (+ 37)
	(Sans profession)	(Inspecteur général dans une maison commerciale)
Fratrie	Enfant unique	

Enfant unique de 13 ans, amenée par ses parents pour des **difficultés scolaires** avec **retard** important, **dyslexie** et **manifestations hypocondriaques :** céphalées, douleurs abdominales.

Six mois auparavant cette enfant avait été adressée à l'Institut Pédotechnique pour une observations en raison de l'importance du retard scolaire, mais les parents avaient interrompu le séjour.

Le père, 50 ans, est inspecteur général dans une maison de glaces; il est par son travail souvent absent et reconnaît que cela lui plaît, qu'il s'évade des difficultés et des problèmes que lui posent sa femme et sa fille.

La mère, 54 ans, très névrotique, hyperprotectrice, souvent déprimée, ou alors « sous pression », a conscience d'empêcher sa fille de s'épanouir.

C'est son deuxième mariage, elle n'avait pas eu d'enfant de son premier mariage.

Bernadette est fille unique. Elle est très gâtée, reste toujours avec sa mère, très **dépendante, protégée, sans aucune initiative.** Dans la famille, grands-parents, oncles, tantes, ont toujours été attentifs à ses moindres faits et gestes, c'est le type même de l'enfant unique.

Elle est née à terme, a marché et parlé « un peu tard »; propre tôt, pas de troubles du sommeil, ni de l'alimentation. Pas d'antécédents pathologiques. L'examen somatique est normal. L'examen psychomoteur ne montre pas de troubles particuliers, si ce n'est qu'elle est encore mal latéralisée, sans dominance forte pour la main.

A l'école elle est au C.M. 1, **se plaît dans une classe de petits.** Elle a donc un **retard** très important (3 ans), mais est toujours bien adaptée dans sa classe; d'ailleurs elle **s'adapte bien partout.**

Elle a appris à lire difficilement et présente une **dyslexie** pour laquelle une rééducation orthophonique est entreprise. Elle est **passive, lente** et vis-à-vis de ses camarades, elle cherche à se valoriser par un maniérisme, des pitreries; elle manque de naturel.

Elle présente beaucoup de difficultés en lecture et en orthographe.

A la maison, elle est **gentille, sage.** Se plaint souvent de céphalées ou de douleurs abdominales qui ont motivé des examens, sans résultat.

Elle est tout de suite **bien adaptée** à la situation d'examen. Son **attitude est très infantile;** elle cherche par tous les moyens à attirer l'attention sur elle : manières, grimaces.

Elle fera tous les tests avec une grande lenteur. Elle est passive, réagit sans dynamisme à tous les tests, fait ce qu'on lui demande sans intérêt.

LE NIVEAU :

— Wisc
— P.M. 38

Elle paraît plus sotte, bebête, que débile.
Cependant les résultats obtenus ne sont pas fameux.
Au Wisc, elle obtient un Q.I.G. de 85 avec 95 en P. et 78 en V.
Au P.M. 38, elle obtient une équivalence de Q.I. de **83.**
Le dessin de la dame de Fay est très primitif pour l'âge.

LA PERSONNALITE :

— Dessins
— Entretien
— (C.A.T.)

Identification très régressive à un enfant de 2 ans.

Tendances orales avec revendication affective sous forme d'agressivité tournée contre la mère.

Pas d'angoisse. Passivité. Manque de personnalité, d'autonomie. Immaturité.

CONCLUSIONS :

— Immaturité affective; pas de tests détaillés à l'appui.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Placement dans un internat spécialisé (orienté vers une formation pratique).
— Activités de groupes (camp, etc.) avec des jeunes de son âge.
— Prise en charge psychothérapique de la mère.

OBS. N° 19 M... Jocelyne, 8 ans, née le 25-12-1958. Vue en 1966, Guidance.

Parents	Mère 47 ans (+ 39)	Père 46 ans (+ 38)
	(Sans profession)	(C.R.S.)
Fratrie	Enfant unique	

Enfant amenée par sa mère pour des **caprices alimentaires** avec **anorexie,** des **difficultés scolaires** avec un **léger retard** et un **refus** plus ou moins fort d'aller en classe, des **troubles caractériels.**

Tous ces troubles semblent se situer dans le cadre d'un conflit mère-fille.

La mère, âgée de 47 ans, reste à la maison pour se consacrer à l'éducation de sa fille, elle a abandonné son métier de E.F.A.T. dans l'armée pour cela, mais pas à la naissance de l'enfant, seulement 2 ans et demi après. Elle est exigeante, perfectionniste, obsessionnelle.

Le père, 46 ans, est C.R.S., souvent absent, il est très affectueux.

Ils ne sont pas d'accord sur l'éducation de Jocelyne qui en est très consciente. Elle est fille unique. Elle a passé ses deux premières années chez la grand-mère paternelle.

Son développement psychomoteur a été normal. Pas de maladie grave. Depuis qu'elle est avec sa mère, elle mange difficilement; son sommeil est bon. L'examen physique est normal. Elle est encore mal latéralisée.

Elle a été à l'école à 4 ans pour la première fois. Actuellement, elle est au C.E. 1, donc un peu en retard. Elle n'apprend pas bien à lire, **n'aime pas la classe,** se sent dévalorisée et **préfère rester à la maison.** Elle **fait la comédie pour ne pas aller à l'école.** Elle est très bien acceptée par les enfants de son âge.

A la maison elle **reste dans son coin** souvent, suce son pouce, **désobéit passivement** à sa mère. Elle **adore jouer, fait toujours le bébé;** elle **supporte très difficilement** toutes **les séparations** d'avec sa mère, fait beaucoup de **caprices,** de **colères violentes.**

Elle se prête bien à l'examen, sans aucune opposition, ni anxiété, très conformiste, elle donne l'impression d'une enfant d'un niveau standard.

LE NIVEAU :

— Wisc;

— Son Q.I. est de 93, avec 94 en P. et 93 en V.

Elle est infantile, très ludique, manque d'assurance; son niveau lui permet de réussir tout à fait normalement. Il n'y a pas de dyslexie.

LA PERSONNALITE :

— Dessins
— Entretien
— C.A.T.
— Fables de Düss

Elle est passive, un peu inhibée. C'est la mère qui détient le monopole affectif; aucune autre personne n'est imaginée. Il y a une crainte de la perdre vécue avec anxiété.

L'identification se fait à un enfant de 3 ans.

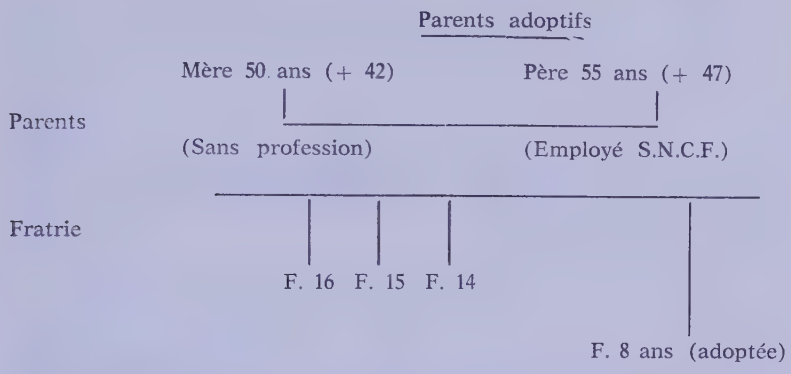
Revendication affective envers la mère. (Probable carence dans la petite enfance).

— Arriération affective.
— Immaturité.
— Erreurs éducatives (parents âgés, enfant unique).

CONCLUSION : Thérapeutique.

Doit être suivie de même que la mère.
Action éducative en milieu ouvert.

OBS. N° 20 M... Jocelyne, 8 ans, née le 19-3-1962. Vue en 1969, Guidance.



Enfant de 8 ans amenée par ses parents adoptifs pour une série de **troubles du comportement.**

Elle présente un **retard de langage,** sans troubles articulatoires; son vocabulaire est pauvre et elle emploie sans cesse des motis de petit bébé.

Elle fait souvent des **colères** et des **caprices** auprès de ses parents; la nuit elle a un **sommeil agité,** est **énurétique** et présente des **cauchemars et des terreurs.**

Elle est un peu en retard en classe, mais on voit difficilement comment elle pourrait être adaptée; c'est vraiment le bébé.

Ses parents l'ont prise à l'âge de 4 mois.

Ils sont âgés. Le père, 55 ans, est employé à la S.N.C.F. La mère, 50 ans, s'occupe de la maison. Ils ont trois filles : Anne-Marie, 16 ans; Marie-Claude, 15 ans; Nicole, 14 ans. Elles vont toutes les trois en classe. C'est un milieu très affectueux envers Jocelyne, faisant plutôt figure de grands parents que de parents. Elle sait qu'elle est adoptée, mais nous n'avons pas dans le dossier de renseignements concernant cette révélation. Elle est très choyée, gâtée par tout le monde.

Elle a été à 4 ans à l'école maternelle mais **a toujours beaucoup pleuré lorsqu'on la séparait de sa mère,** même au moment de la consultation elle ne veut pas rester.

Pas de maladies dans son enfance; elle marche normalement, mais parle tard : vers 4 ans. Son sommeil a toujours été agité. Elle est toujours énurétique.

L'examen somatique est normal.

C'est une belle enfant, épanouie, souriante. Ses gestes sont **brusques, impulsifs, mal contrôlés.**

Elle est **très instable,** ronge ses ongles sans cesse.

Après la séparation d'avec la mère qui ne passe pas sans pleurs, elle participe bien à l'examen et aux tests.

Elle **cherche à attirer l'attention,** à centrer l'auttention sur elle par des mimes, des pitreries ou même une opposition.

LE NIVEAU :

— Binet Simon Zazzo.

Son niveau de développement intellectuel est normal, moyen, elle obtient un Q.I. de **95.**

LA PERSONNALITE :

— Dessins
— Entretiens
— C.A.T.

Personnalité très régressive, elle s'identifie à un enfant d'un an. Parle toujours de sa famille, papa, maman, les grandes. Très forte revendication affective. Sentiment d'insécurité, peur qu'on la laisse.

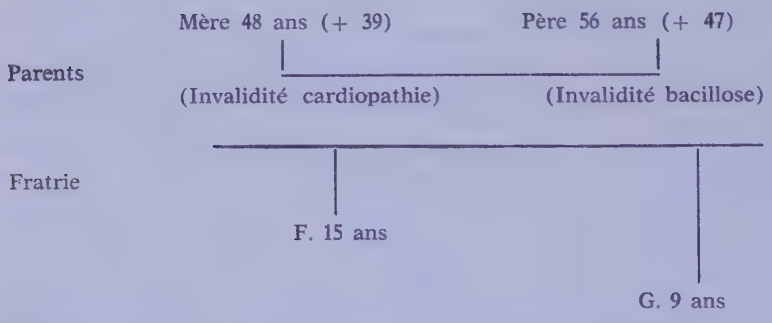
CONCLUSIONS :

— Arriération affective.
— Immaturité et anxiété liée à des problèmes d'adoption.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Rééducation orthophonique.

OBS. N° 21 B... Yves, 9 ans, né le 28-9-1961. Vu en 1970, Guidance.



Enfant adressé par le service d'hygiène mentale pour mutisme, **troubles du langage** (articulation), retard et bégaiement.

Il présente, en outre, un **retard scolaire** d'environ deux ans, lié en partie à ses difficultés du langage, mais aussi à une **instabilité psychomotrice importante.**

Il avait déjà été vu à la Guidance il y a 2 ans pour les mêmes troubles et une rééducation psychomotrice et orthophonique avait été entreprise.

Ses parents sont relativement âgés. Ils ne travaillent pas.

Le père, 56 ans, est en invalidité à la suite d'une bacillose.

La mère, 48 ans, est en invalidité depuis 3 ans pour une cardiopathie.

Le milieu familial est très fruste et il y a une carence éducative certaine.

Il a une sœur aînée, Camille, 15 ans, qui est apprentie en confection.

Les parents le gâtent beaucoup, la maman dit : Il est la raison de vivre de mon mari qui est malade... il ne faut pas le gronder.

La mère donne peu de renseignements sur son premier développement psychomoteur, pas d'antécédents pathologiques à signaler.

Il parle tard, vers 4 ans, à la maison il parle très peu, prononce quelques mots et les parents le comprennent.

Il est resté énurétique la nuit jusqu'à l'âge de 4 ans et demi-5 ans.

Son sommeil est bon de même que son alimentation.

A l'école il **participe surtout aux activités ludiques,** mais communique peu à peu avec les autres; il n'a pas appris à lire pendant sa scolarité, ce n'est que lors de la rééducation orthophonique. Ses jeux sont **impulsifs, mal contrôlés, il n'est jamais agressif.** Il est **très maladroit, pataud** et surtout très **instable.** Il est toujours au cours préparatoire.

A la maison il est resté longtemps le **« petit garçon sage »,** dit la mère. Il ne dit jamais rien. Ses parents s'occupent pour tout de lui, sa mère le lave, l'habille... Il n'a **aucune initiative, dépend énormément de sa mère,** se sent perdu quand elle n'est pas là (pour marcher dans la rue, traverser, etc.).

A l'examen c'est un **enfant inhibé bloqué.** Il paraît 6 ans environ et a beaucoup de difficultés à s'exprimer : il dit peu de mots et présente quelques troubles articulatoires. Ses troubles ne paraissent pas à mettre en relation avec un déficit du niveau intellectuel car il comprend ce qu'on lui demande, participe bien. Il semble s'agir d'**une importante arriération affective en relation avec le milieu familial.**

LE NIVEAU :

— Wisc, lui donne un Q.I.G. de 96 avec 112 V et 79 P.

Il est très handicapé sur le plan moteur par sa lenteur, ses difficultés de coordination d'organisation spatiale.

Lors de son précédent passage au centre on avait fait un Wisc sans les épreuves verbales qui lui donnait un Q.I. P. de **80,** et aussi un Borel Maisonny qui donnait un niveau normal.

LA PERSONNALITE :

— Dessins
— Entretiens

Pas de projectifs.

Cependant il est immature pour tout, dépendant de la mère. Il n'y a pas de carence affective, c'est plutôt une carence du milieu. Agressivité latente, non exprimée. Difficultés d'expression. Blocages affectifs.

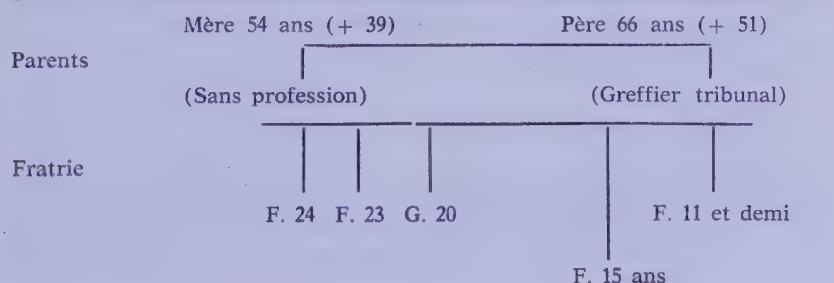
CONCLUSIONS :

— Immaturité globale du développement, pas d'anxiété.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Nécessité d'un encadrement scolaire spécialisé en milieu éducatif.

OBS. N° 22 B... Catherine, 15 ans, née le 24-7-1954. Vue en 1969, Guidance.



Adolescente de 15 ans amenée en consultation par ses parents pour une **inhibition importante** et des **difficultés d'adaptation** à la vie sociale : elle fait, actuellement, un apprentissage de coiffure et du fait de son comportement infantile, régressif, anxieux, elle a peu de relations sociales.

Le père, 66 ans, est greffier dans un Tribunal de commerce, il est faible, assez étouffé par sa femme.

La mère, 54 ans, ne travaille pas; elle est hyperprotectrice, anxieuse, envers tous ses enfants.

Les parents s'entendent bien. Ils ont des conceptions éducatives démodées « Vieille France » et peu adaptées à la vie actuelle.

Par exemple, Catherine, n'a pas été scolarisée normalement et à partir de 9 ans a reçu un enseignement individuel par une institutrice retraitée. Elle présente, d'ailleurs, un important **retard scolaire** et des **difficultés d'expression verbale.**

Catherine est la quatrième de cinq. Sa plus jeune sœur, Marie-Dominique, 11 ans et demi, vient aussi d'être prise en charge par le Centre de Guidance, pour des difficultés scolaires (retard important) et une instabilité psychomotrice.

Les aînés : M.-Madeleine, 24 ans, infirmière; Thérèse, 23 ans, garde-d'enfants; Michel, 20 ans, étudiant, ne vivent plus au foyer.

Sa naissance a été normale; pendant la première année elle est hospi-

Elle a eu au C.P. beaucoup de difficultés pour apprendre à lire et à écrire, a redoublé et **acquis un retard important.** Ses parents se sont opposés à un placement en milieu spécialisé et c'est à ce moment-là qu'elle a pris des leçons avec cette institutrice. Son niveau scolaire actuel est celui de 7-8e.

Elle veut travailler et un apprentissage de coiffure est entrepris, mais elle est très **timide, manque de confiance en elle.**

D'après ses parents, elle n'a pas de camarades et se situe toujours en infériorité vis-à-vis des autres. A la maison, elle est très gentille, elle fait le ménage et la cuisine.

Lors de l'examen elle est inquiète, « je suis trop bête, on me prend pour une innocente ».

Le contact avec elle est excellent, elle participe bien à tout ce qu'on lui demande, sans réticence et extériorise très facilement ses difficultés. Elle se sent mal intégrée dans son milieu familial; en infériorité vis-à-vis de ses aînés qui ont poursuivi leurs études; **en rivalité** avec sa plus jeune sœur, et très dépendante de la mère qui entretient cette dépendance.

Le père est assez lointain, elle se sent incomprise de lui.

LES TESTS :

— Le niveau : W.B.

Ses possibilités intellectuelles sont très moyennes, mais suffisent à une adaptation sociale normale.

Elle obtient un Q.I. Global de 81, homogène puisqu'elle a 81 en verbal et 86 en performance.

Il faut quand même mentionner que ce chiffre sous-estime ses possibilités réelles en raison des lacunes énormes dans les acquisitions scolaires.

La compréhension et le jugement sont bons.

LA PERSONNALITE :

— Entretiens
— Dessins
— Rorschach

Immaturité affective.

Infantilisme de la personnalité qui ne s'épanouit pas, entretenue par l'attitude des parents. Il y a, cependant, pas mal d'anxiété chez elle. Elle vit ses relations sous un mode agressif et l'image paternelle semble être pour elle un facteur d'anxiété. La prise de conscience de ses difficultés est déjà une évolution.

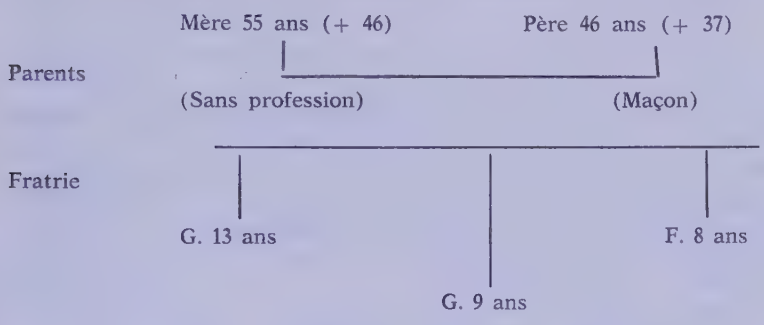
CONCLUSION :

— Immaturité, peu anxieuse.
— Attitude éducative des parents.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Il faut réussir à la scolariser.
— Psychothérapie de soutien par une action éducative en milieu ouvert.

OBS. N° 23 H... Cheryl, 9 ans, né le 28-2-1959. Vu en 1967, Guidance.



Enfant amené par ses parents pour des **difficultés scolaires,** il **ne suit pas** en classe, **ne fait rien, est instable,** présente une **dyslexie** et pour **des troubles caractériels.**

Les parents sont d'origine nord-africaine. (Voir dossier de son frère Jacques, n° 24).

Cheryl est le deuxième de trois, il est très jaloux, cette jalousie, cette rivalité semble tout à fait démesurée aux parents.

La plus jeune sœur, 8 ans, a une scoliose, porte un corset et est très protégée et gâtée par ses parents, ce qui rend Cheryl encore plus jaloux.

Il fait beaucoup de caprices et de colères.

Sa naissance a été normale. Il marche à 18 mois, dit ses premiers mots à 2 ans.

Il est resté énurétique jusqu'à 7 ans.

Sa mère pense qu'il est devenu « nerveux », difficile, dès le 5e mois. Il dort très mal, fait des cauchemars la nuit.

Alimentation normale.

Il aurait eu des convulsions à l'âge de 8 mois : c'est pratiquement impossible à faire préciser aux parents. Par la suite il n'a plus rien présenté.

L'E.E.G. récent ne montre aucune anomalie caractéristique, si ce n'est une activité un peu lente et une motricité imparfaite.

L'examen physique est normal.

Le bilan psychomoteur montre qu'il a des **difficultés au niveau du contrôle moteur** et que sa latéralité n'est pas encore homogène. Rééducation psychomotrice et orthophonique.

Il a été à l'école maternelle à 2 ans et demi. En classe jusqu'à cette année nout allait à peu près bien ; il avait appris à lire avec difficultés.

Il est **très instable** en classe et en conflit souvent avec l'instituteur auquel **il s'oppose.** Il a beaucoup de copains et joue beaucoup.

A la maison il est **capricieux, coléreux, ne supporte pas qu'on le contrarie,** a des réactions très **impulsives** (il a mis deux fois le feu dans l'appartement).

A l'examen il se montre **un peu anxieux**, sa voix est fluette et de temps en temps il begaye. Sa participation est bonne.
Il **ne supporte pas la frustration** (quand une troisième personne rentre dans le bureau il s'agite, soupire). **Il est très instable.**

LE NIVEAU :

— WISC : Q.I. de 103, avec 105 V. - 102 P.

Il n'y a donc pas pour lui de problème de ce côté là.
Il **se décourage facilement** quand il ne sait pas, **ne maintient pas son effort.**
Beaucoup de difficultés d'ordre dyslexique en lecture.

LA PERSONNALITE :

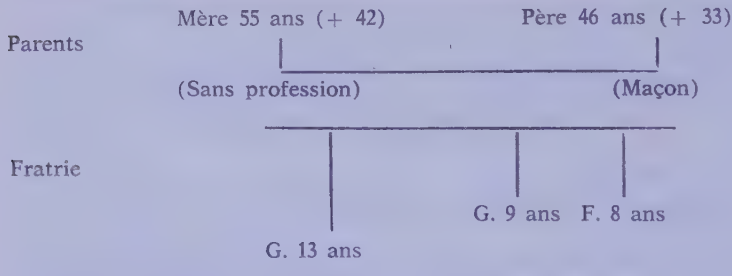
— Dessins
— Entretien
— C.A.T., T.A.T.

Personnalité naïve, infantile, enthousiaste. Possibilités de contrôle et d'intériorisation insuffisantes.
Opposition importante à la mère et peur de la perdre. Désir d'évasion, d'autonomie.
Immaturité de la personnalité.
Réactions caractérielles à un milieu familial peu sécurisant bien qu'affectivement valable.
Immature mais anxieux (et agressif), donc névrotique.

CONCLUSION - THERAPEUTIQUE :

— Déconditionnement nécessaire.
— Placement dans un centre ou une école.

OBS. N° 24 H... Jacques, 13 ans, né le 1-3-1956. Vue en 1969, Guidance.



Adolescent amené au Centre où son frère avait été suivi, par les parents qui sont dépassés par son comportement.
En effet, il présente :
— des **difficultés scolaires** avec un **retard** de deux ans, une **dysorthographie**, un **refus scolaire, (fugues, école buissonnière)** ;
— des **troubles caractériels** chez lui avec **impulsivité, agressivité, conflit aigu** avec les parents. Ces troubles ont débuté il y a deux ans, environ.
La famille est d'origine nord-africaine.
Le père, 46 ans, est maçon ; il n'est pas sévère, manque d'autorité, gâte beaucoup ses enfants.
La mère, 55 ans, s'occupe de ses enfants avec beaucoup de soins ; elle est très perfectionniste, mais les gâte beaucoup. Elle dramatise tout, alors que le père rationnalise, explique.

Ils sont tous les deux très anxieux quant à leurs enfants ; ils ont eu beaucoup de difficultés d'intégration et voudraient que leurs enfants réussissent. Ils se sentent actuellement dépassés par le comportement de leurs fils et souhaitent leur prise en charge et leur placement.

Ils ont trois enfants : Jacques[e]; Cheryl, 11 ans, qui est dans un centre ; Yasmina, 10 ans. Les deux garçons ne s'entendent pas.

Sa naissance a été normale, de même que son développement psychomoteur. Il a été énurétique jusqu'à 5 ans.

Il est toujours resté dans son milieu familial où le climat affectif semble très bon, sauf à l'âge de 9 ans, où il a passé six mois dans un centre héliomarin avec son jeune frère.

L'examen physique est normal, l'examen psychomoteur révèle, malgré un bon équipement moteur, **un manque de contrôle émotionnel,** une **prépondérance impulsive** et des **difficultés d'organisation spatiale.** Une rééducation n'a pas été jugée utile.

Il suit une classe de sixième avec beaucoup de difficultés ; il est très mauvais en orthographe, **ne s'intéresse pas à la classe** et **fait l'école buissonnière.**

Chez lui il est **impulsif, agressif,** envers ses parents qui ne peuvent avoir d'autorité sur lui ; il sort sans permission et fréquenterait d'autres garçons plus ou moins voyous.

A l'examen il **participe très bien, mais parce qu'il le faut.** Il **prend une attitude désabusée.**

Ses **intérêts** sont essentiellement **ludiques ;** il est étourdi, impulsif.

Il n'a pas conscience des difficultés qu'il pose à ses parents ou qu'il éprouve en classe : il attribue son échec à la carence des professeurs. **Par d'anxiété.**

LE NIVEAU :

— W.B. lui donne un Q.I. de 98 ,avec 101 V. - 97 P.

LA PERSONNALITE :

— Dessins.
— Entretien.
— Rorschach.
— T.A.T.

Faiblesse des images parentales, les rapports évoqués avec les parents sont, en général, heureux, mais les héros agissent souvent à leur guise, sauf dans le cas où le père est médecin, ou dans celui où le père partage les intérêts musicaux de son enfant.

Impulsivité et agressivité mal assumée, exprimée verbalement, ne revêtant pas de caractère pathologique. Goût pour la facilité, les vies aventureuses et libres. Intérêts ludiques.

Cet ensemble de signes pose le problème de prédélinquance.

Immaturité non névrotique.

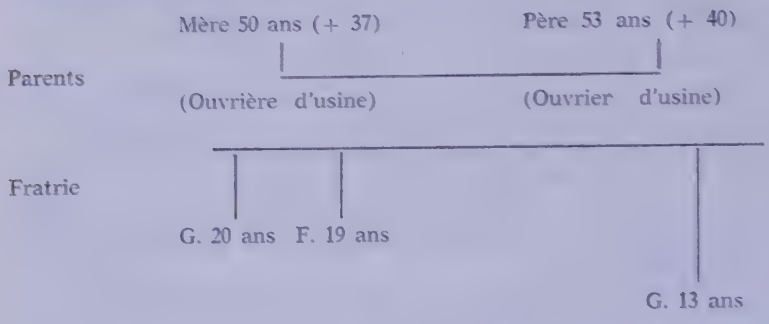
Enfant qui aurait besoin de nouveaux modèles d'identification.

Emancipation pubertaire chez un garçon intelligent, mais resté très infantile.

CONCLUSION - THERAPEUTIQUE :

— Placement en centre spécialisé.

OBS. N° 25 E... Roland. 13 ans. ne le 13-7-1955. Vu en 1968. Saint-Simon.



Garçon de 13 ans, amené par ses parents pour :

— **des difficultés scolaires** avec **absentéisme, mauvais rendement, opposition** aux professeurs et **retard** d'un an ;

— **des troubles caractériels** graves avec **opposition, fugues** et **chantage au suicide.**

Le père, 53 ans, est ouvrier dans une usine de papeterie. Il s'occupe peu de son fils et n'a aucune autorité sur lui.

La mère, 50 ans, est aussi ouvrière. Elle a très mal accepté sa grossesse tardive et se sentant très culpabilisée de ce rejet elle s'est montrée très longtemps hyperprotectrice, excluant le père de cette relation.

Il a un frère de 20 ans, instittueur et une sœur de 19 ans, étudiante.

Par le temps qui les sépare d'eux, il a vécu la situation de dernier né, presque de fils unique.

On ne signale rien de particulier dans ses antécédents. Son développement psychomoteur s'est fait normalement. L'examen physique est normal : le bilan psychomoteur revèle une mauvaise utilisation de ses possibilites par **manque de contrôle émotionnel.**

Il suit une cinquième classique et son comportement perturbe se retrouve aussi dans le milieu scolaire avec des absences frequentes, une opposition ouverte aux professeurs. Il a un an de retard.

Chez lui il est « **infernal** », **manipule sa mère comme un objet, ne supportant aucune interdiction venant** d'elle et réagissant par des colères violentes. Personne dans la famille n'a d'autorité sur lui.

A l'Institut il manifeste tout de suite son opposition au placement, protestant contre tout et en particulier contre le neuleptil qu'on avait dû lui prescrire. Il prend l'esprit d'un prisonnier et fait du **chantage à la fugue et au suicide comme chez lui.**

Il sera soutenu par sa mère qui refuse de coopérer avec les éducateurs. **Il ne supporte pas l'éloignement de sa mère** et cherche à s'accommoder les bonnes grâces des adultes afin de precipiter son retour dans sa famille.

Il somatise son angoisse : douleur hypochondre gauche, dont le bilan clinique a été négatif.

Il est **assez peu à l'aise** lors des entretiens et des tests qui se font en plusieurs séances. Son attitude est ambivalente. Il veut et ne veut pas poursuivre les tests. Cette attitude reflète l'ambiguïte de ses rapports avec l'adulte : **désir et refus d'une dépendance de type infantile**, on le retrouve dans le jeu dans **le chantage** qu'il pratique auprès des adultes.

LE NIVEAU :

— P.M. 38 est bon avec un Q.I. de 109. Il se situe au-dessus du centile 75.

LA PERSONNALITE :

— Entretiens.
— Dessins.
— Rorschach
— T.A.T.

Roland ressent encore la situation comme une contrainte. Durant les examens il **s'oppose** par des mots violents, fait des mimiques découragées.

Au Rorschach, il donne un nombre insuffisant de réponses (9), refusant les planches 2, 3 et 9.

La formule d'appréhension est déséquilibrée. Il y a blocage au niveau des réponses grand détail, auquel il faut assimiler le peu de banalités pour confirmer des difficultés d'adaptation conrète et sociale. Ceci est un peu en désaccord avec un bon contrôle intelectuel, mais confirme le **mauvais contrôle émotionnel.**

On relève une proportion de réponses forme faible :

— Le TRI de type coarté ;
— La FS qui tend vers l'introversion ;
— L'absence de contenus humains.

Personnalité labile avec **difficultés d'adaptation** et **mauvais contrôle émotionnel. Tendances régressives** avec **désir de protection par la mère.** Structure névrotique.

Au T.A.T., il n'y a pas de refus systématique, mais opposition sourde. Il néglige la consigne. Il faut sans cesse lui rappeler de donner un détail, un dénouement à son récit. Il se maintient souvent dans la description. Son opposition s'exprime par des critiques, des moqueries, de longs moments de mutisme.

Les thèmes mettent en scène des personnages ayant des malheurs. La nature de ces ennuis n'est jamais précisée pas plus que celle des personnes qui sont à l'origine. Les situations sont dramatiques, avec vengeance consommée par la mort, par exemple.

On remarque l'absence de relation entre des personnes vues, généralement, comme formant une seule famille. Ambiguïté des rapports avec le père dont la relation est vécue comme frustrante et à laquelle l'agressivité est seule opposée. Négation des relations entre les deux parents, pour justifier son agressivité et son désir de protection par la mère. Si bien que l'absence ou l'abandon des parents justifie ce qui peut lui advenir. Faire des bêtises c'est se laisser aller à son agressivité qu'il dirige sur les autres et aussi sur lui. Son chantage au suicide pourrait illustrer cette **revendication affective.** H

Le héros auquel il s'identifie est généralement le personnage principal de la planche.

Ses motivations se partagent entre le désir d'accomplissement et le sentiment d'une vengeance à accomplir, le plus souvent vouée à l'échec. Aussi l'état intérieur du héros est-il décrit comme oscillant entre l'anxiété et la satisfaction cependant toujours teintée de culpabilité. Ceci en relation avec un entourage répressif, souvent dangereux, rarement protecteur, passif et admiratif dans les situations idéales où le héros parvient à s'imposer. Il en découle que **la conduite du héros** n'est pas adaptée, **passive,** le plus souvent. « Avec le temps, tout s'arrangera », agressive parfois et il faut alors courir le risque d'une sanction.

En conclusion au T.A.T., Roland montre une **forte perméabilité à l'anxiété** de certaines planches. Sa méfiance révèle qu'il a conscience de s'y impliquer personnellement.

Difficultés avec l'adulte, avec lequel il refuse la relation parce qu'elle implique de sa part une soumission. **D'où à la fois des tendances régressives** vers une mère qui a été hyperprotectrice et des **tendances agressives** envers l'entourage lorsqu'il ne se plie pas à ses volontés. Entourage qu'il rend responsable de sa situation en l'accusant, soit d'être passif, soit

d'être trop dominant. Cette domination, qu'il refuse par un **comportement conformiste** qui lui semble donner satisfaction.

Dans l'ensemble, **personnalité très labile dans ses rapports affectifs, peu structurée, immature;** se maintient dans la régression.

CONCLUSION :

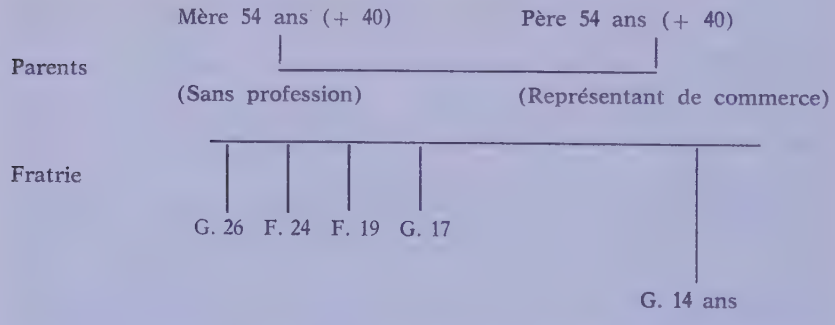
Personnalité immature, labile, mais névrotique (anxiété). Conscient de la faiblesse de ses parents :

— Père inexistant.
— Mère captative, hyperprotectrice.
— Parents relativement âgés.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Devrait être placé en internat spécialisé.
— Nécessité d'entretiens psychothérapiques.

OBS. N° 26 D... Jean-Marie, 14 ans, né le 7-11-1951. Vue en 1965, St-Simon.



Jean-Marie a 14 ans, lorsqu'il est adressé au Centre pour un **syndrome d'inadaptation scolaire et familiale** avec **fugues** et **vols.**

Il est le dernier d'un fratrie de cinq et ses parents sont âgés.

Le père, 54 ans, est représentant de commerce et est peu souvent à la maison.

La mère, 54 ans, s'occupe des enfants.

Il semble s'agir d'un milieu familial bien équilibré, mais les parents expliquent qu'ils sont dépassés par le comportement de leur fils. Du fait de leur âge ils se situent mal vis-à-vis de lui.

Philippe, 26 ans, est professeur dans un C.E.G.

Nicole, 24 ans, est mariée. Ils ne vivent plus à la maison.

Chantal, 19 ans et Jean-Louis, 17 ans, font des études.

Aucun des aînés n'a de problèmes.

Vit aussi à la maison le grand-père maternel, 83 ans, qui est assez rigide et supporte mal la turbulence de Jean-Marie.

On ne retrouve chez lui aucun antécédent pathologique, si ce n'est tout au long de sa croissance un nervosisme important.

Sa naissance a été normale (sa mère a fait un état dépressif après l'accouchement).

Il marche à 10 mois, dit ses premiers mots vers un an, puis parle en zozotant.

Il est **énurétique** jusqu'à 3-4 ans environ.

Il avait vers l'âge de un an des crises nerveuses, des spasmes du sanglot.

L'appétit et le sommeil ont toujours été bons.

L'examen somatique est normal, de même que le bilan psychomoteur.

Il a été séparé tard de sa mère, vers 5 ans, pour aller en classe où il a toujours eu des **difficultés** : il a du mal pour apprendre à lire et à écrire parce qu'il s'énervait beaucoup. Il est, actuellement, en cinquième moderne, donc avec **deux ans de retard**, dans le C.E.G. où son frère est professeur.

Il **refuse de travailler**, d'étudier ses leçons, **s'oppose aux professeurs.** Son comportement a changé depuis un an : il est **renfermé**, parle peu, **fait l'école buissonnière, vole de l'argent à ses parents**, troubles qui motivent le placement.

A la maison les conflits sont permanents avec le grand-père surtout.

Le **contact avec lui est aisé**, bien qu'il donne toujours l'impression de dominer la situation d'examen à l'aide de mécanismes des distanciation à caractère ludique : **ironie, grimaces, rires, plaisanteries**... il raconte ses conflits sur un ton détaché, sans émotion apparente, cependant **la labilité émotionnelle est importante.**

En classe, et avec les éducateurs, il **a toujours besoin d'être stimulé** pour participer aux activités. Il est **souriant, puéril, ne fournit un effort que momentanément**, à la suite de remarques sévères. Il se révèle **maladroit dans ses relations sociales, influençable** et **timide.**

LE NIVEAU :

— Tests : W.B.
— Il a un bon niveau mental : Q.I. G = 113.
— Légère prédominance du Q.I. P. = 115 sur Q.I. V. = 109.

Cependant, l'expression verbale est aisée et le vocabulaire assez riche. Bonne efficience. A la figure de Rey, on note une grande rapidité d'exécution, bonnes constructions et exactitude. A la mémoire, présence d'éléments inversés et redoublés et impulsivité dans le tracé.

LA PERSONNALITE :

— Dessins.
— Entretiens.
— Rorschach.
— T.A.T.

Au Rorschach : la formule d'appréhension est fortement déséquilibrée G. avec blocage très important au niveau des réponses grand détail. Les réponses G. sont des réponses globales, primaires, structurales en relation avec des formes précises et exactes. Au planches 7, 9, 10, le contrôle émotionnel affaibli amène des réponses avec des formes vagues (èruption volcanique). Compte tenu du bon niveau intellectuel de Jean-Marie, cette importance des réponses globales est le signe d'un refoulement très important.

A son impulsivité et à sa labilité émotionnelle, Jean-Marie oppose un essai de contrôle rigide quasi obsessionnel de sa pensée : en faveur de cette hypothèse un F + % de 100.

Mais le contrôle échoue. On note une formule de raisonnance intime de type extratensif dilaté :

— avec cinq réponses C F ;
— un choc au rouge à la planche 2 avec des réponses sang ;
— avec un choc glob.

Dans l'ensemble **personnalité, narcissique, anxieuse** et **maladroite dans sa relation à autrui, influençable** ; le mécanisme de défense utilisé est le refoulement qui amène un contrôle très rigide. On peut penser à une organisa-

tion caractérielle derrière laquelle on trouve une angoisse phobique très perturbante :

— F S écarté.
— R bas.
— Choc au rouge = réponses sang.
— Présence de réponses couleur.

Au T.A.T. on retrouve cette structure de personnalité.

Lorsque Jean-Marie se retrouve dans une situation structurée face à un examinateur qui lui demande une tâche précise, son niveau d'aménagement se fait sur un plan très coarté, infantile, mais efficient avec un côté ludique, hypomane. Il n'y a pas de véritables mécanismes obsessionnels, si ce n'est dans l'**isolation** réussie **des affects**, qui lui permet de ne pas se sentir impliqué dans ce qu'il dit.

Ce n'est que lorsqu'il a le champ libre, face aux planches peu structurées : 19, qu'il livre le monde d'épouvante dans lequel il vit : volcan en éruption, maisons en feu avec des enfants qui crient, contre lequel il se rassure en faisant intervenir à plusieurs reprises un personnage surmoïque : « l'inspecteur ».

Agressivité très importante que Jean-Marie ressent lui-même comme très meurtrière. Il se perçoit comme un assassin à la planche 6.

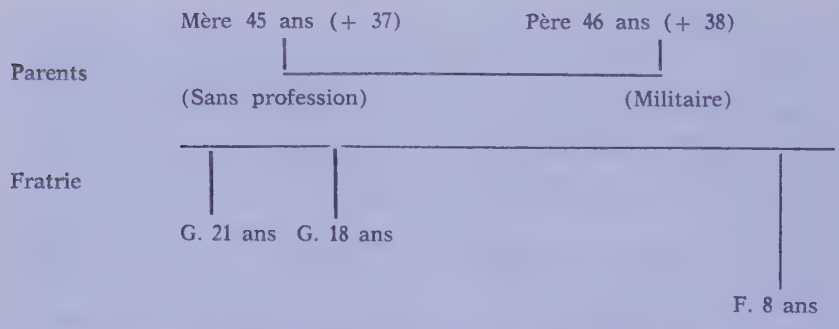
CONCLUSION :

— Impulsivité importante avec un essai de contrôle très rigide, presque obsessionnel.
— L'agressivité très refoulée engendre une angoisse importante.
— Personnalité en conflit.
— Névrotique.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Maintien en internat spécialisé.

OBS. N° 27 C... Simone, 8 ans, née le 12-8-1957. Vue en 1965, St-Simon.



Enfant adressée au Centre par la consultation d'hygiène mentale pour une **instabilité psychomotrice importante** avec des **troubles caractériels** et **des difficultés scolaires.**

Elle est la dernière de trois enfants et ses parents sont relativement âgés.

Le père, 46 ans, est militaire de carrière. C'est un homme calme, méticuleux, très attentif à sa famille et préoccupé de la réussite de ses enfants. Il est très anxieux, ce qui peut expliquer certaines de ses exigences vis-à-vis de la petite.

La mère, 45 ans, est d'origine allemande et ne s'exprime pas très bien. Elle ne semble pas avoir beaucoup d'autorité dans la famille.

Les deux aînés, 21 et 18 ans, font des études supérieures, **l'aîné** est strict et autoritaire, il s'occupe beaucoup de Simone.

Elle est née à terme et tout s'est déroulé normalement, dans son développement psychomoteur. Ele n'a pas eu d'ennuis de santé. Elle a toujours vécu dans sa famille, dans un climat fait de gâteries et d'indulgence, mais aussi d'anxiété et d'exigence méticuleuse.

L'examen physique est normal. Le bilan psychomoteur montre une **instabilité** importante qui la rend très maladroite; c'est une gauchère contrariée pour la main avec des **difficultés d'organisation spatiale** et au niveau du schéma corporel. On ne peut, cependant, parler de débilité motrice.

Elle suit le C.M.1, n'est donc pas en retard, mais n'arrive pas à travailler seule ; elle n'est **pas capable de fournir un effort quand on ne reste pas à côté d'elle,** n'est **pas autonome devant le travail,** s'oppose quand cela ne lui plaît pas.

Ses parents la présentent comme une fillette **très instable,** toujours prête à faire des bêtises à la maison comme en classe, de **comportement agité et infantile** battant ses camarades parfois.

Au cours de l'entretien, Simone est **très à l'aise** en apparence, **logorrhéique,** mais il est **difficile d'avoir un contact** avec elle.

Les sujets restent ébauchés et il n'y a pas de développement. Elle n'utilise pas un langage normal, mais un **mode d'expression bébé, enfantin, superficiel** et apparemment **euphorique** cachant un certain malaise dont elle se défend par **l'instabilité motrice.**

Son imagination est riche. Elle vit en rêves avec les personnages de ses livres d'enfant, mais reste tout de même très adaptée au réel.

On est frappé par son infantilisme, **son émotivité.**

— A l'**examen psychologique** : on retrouve la même attitude. Sa participation verbale est abondante, mais non sans problèmes. D'une part, elle ne parle pas directement de ce qui est important et gênant pour elle, d'autre part, même sur un terrain plus neutre, elle n'ose pas s'engager. Au bestiaire, lorsqu'il lui faut choisir, elle fait appel à l'examinateur pour qu'il donne son propre choix, ou bien se contredit. Il semble qu'il y ait là une **ambivalence peut-être teintée d'opposition.**

Niveau : 91 Terman Merrill.

PERSONNALITE :

Rorschach, le type d'appréhension est assez équilibré et révèle un bon sens de l'observation, avec le risque de trop s'accrocher aux détails.

On est frappé :

— par le F + % bas : la qualité des résultats est diminuée par la tendance à la fabulation.

— par le nombre relativement élevé de kinesthésies pour une enfant de 8 ans. Il ne semble pas qu'il s'agisse d'une prématurité affective compte tenu de l'ensemble du protocole, mais plutôt d'une prise de position subjective. Simone a tendance à se laisser aller à une vie intérieure imaginaire.

Le TRI et la Fs révèlent une forte introversité, malgré la libération de manifestations affectives lorsque le choc couleur est trop fort. Ainsi, à la planche 2, on relève un choc au rouge avec une nomination couleur suivie d'une réponse faisant usage du rouge. L'agressivité se fraie un chemin contre le refoulement avec sentiment de culpabilité : symbôle des doigts :

« ... peut-être des doigts rouges, je ne sais pas... ».

Cette agressivité refoulée arrive encore à s'exprimer dans la projection d'animaux agressifs :

taureau P. 4.
lion - loups, pp. 8 et 9

crocodile :
agressivité orale ;

— par le H % élevé, signe de préoccupations dans ses rapports avec les intimes.

L'ensemble du protocole ne correspond pas à l'âge de Simone. Il pourrait être le signe d'un mûrissement précoce.

En fait, il est dominé par un refoulement important des tendances agressives qui sont culpabilisées. Simone se réfugie dans une vie imaginaire infantile. L'identification à l'image maternelle est perturbée : vision de deux hommes à la planche maternelle (à rapprocher du rôle que joue le frère aîné vis-à-vis de Simone), avec angoisse et insécurité (nuages). Personnalité riche avec des traits d'immaturité affective.

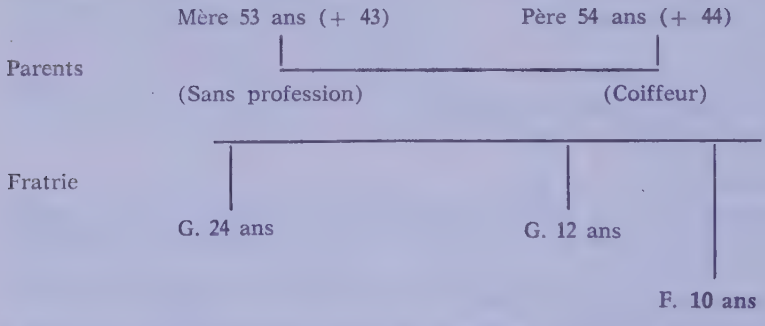
CONCLUSION :

— Infantilisme du comportement.
— Personnalité immature.
— Angoisse et sentiment d'insécurité.
— Préoccupations conflictuelles dans ses relations avec les autres.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Scolarisation normale.
— Sorties de groupe, avec des camarades hors du milieu familial.
— Rééducation psychomotrice.

OBS. N° 28 E... Michèle, 10 ans, née le 11-3-1955. Vue en 1965, St-Simon.



Enfant amenée au Centre pour des **difficultés scolaires** avec un **retard** de deux ans, une **instabilité psychomotrice.** Son **comportement** est perturbé dans le sens d'un **infantilisme** important avec **succion du pouce, langage bébé, jeux enfantins.**

Il s'agit d'une famille reconstituée après le décès de la mère (cardiopathie), alors que la petite avait 4 ans. Il n'y a pas d'enfant du deuxième mariage.

Le père, 54 ans, est coiffeur, il considère Michèle comme un bébé et la maintient dans son attitude.

La belle-mère, 53 ans, ne travaille pas. Ele est perfectionniste et moralisatrice. Elle est un peu déçue par l'enfant, mais la gâte énormément.

A la mort de la mère elle a été gardée pendant quelques mois chez deux tantes qui l'ont beaucoup choyée.

Elle est protégée par tout le monde.

C'est la troisième de trois. Elle a deux frères : René, 24 ans ; Michel, 12 ans.

Sa mère aussi était relativement âgée (41 ans à sa naissance).
Michèle **n'est en conflit avec personne,** ni avec ses frères, ni avec sa belle-mère, ni avec ses camarades. Elle est d'**une plasticité étonnante** .

Dans ses antécédents, rien à signaler :

— développement psycho-moteur normal ;
— l'examen somatique est normal ;
— pas de maladie ;
— **difficultés du contrôle moteur** : gaucherie contrariée (avec **dysorthographie**).

A l'école est **très instable** et **travaille mal :** elle est au C.E.2., a beaucoup de difficultés en lecture et en orthographe, elle ne s'intéresse pas à l'école, n'aime pas y aller. Elle **bavarde sans cesse, manque d'attention.**
A la maison elle est très affectueuse, mais aussi **très instable,** elle joue « comme un bébé », de tout, avec des poupées, etc.
Elle **se prête facilement et passivement à l'examen.**

LE NIVEAU :

— Terman-Merrill est de 103.

Son intelligence est donc normale. Discordance avec ses acquisitions, arriération affective.

LA PERSONNALITE :

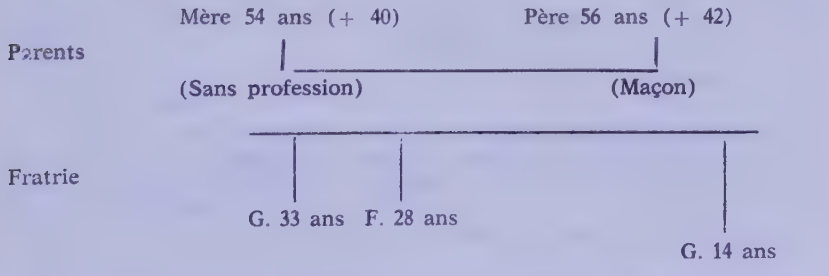
— Dessins.
— Entretiens.
— Rorschach.

Enfant trop ludique, immature avec refuge dans l'imaginaire.
Réponses infantiles, hors du réel au Rorschach.
Immaturité et avidité affective avec instabilité **très importante.**

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Maturation par activités de groupe.

OBS. N° 29 D... Daniel, 14 ans, né le 12-5-1950. Vu en 1964, Saint-Simon.



Adolescent de 14 ans, adressé au Centre pour des **troubles du comportement** avec **fugues** et **vols, troubles caractériels** et pour des **difficultés scolaires** avec **refus d'aller en classe.**
Il est issu d'un milieu rural. Le père, 56 ans, est maçon. La mère, 54 ans, reste à la ferme.
Les parents sont dépassés par l'éducation de leur fils.
Il est le troisième et dernier enfant retardataire, puisque son frère aîné a 33 ans et sa sœur 28 ans. Ils ne vivent plus au foyer et son mariés.

On ne relève rien d'anormal dans ses antécédents.

L'examen somatique est normal, son pouls est lent (60). Le bilan psychomoteur ne revèle pas de difficultés dans ce domaine.

L'E.E.G. activité électrique cérébrale médiocre pour l'âge avec des signes assez nets d'immaturation.

Il a été difficile à partir de l'âge de 8 ans environ : il aurait fait les troncs d'église à ce moment-là. Depuis il a commis d'autres vols avec des camarades.

A l'école tout allait bien jusqu'à l'âge de 12 ans où il commence **à ne plus vouloir aller en classe.** On le change d'école à deux reprises et il arrive à obtenir son certificat d'études.

Chez lui, il est **opposant** à ses parents, n'admet aucune autorité.

(On a peu de renseignements concernant les parents et leur comportement).

Au Centre il se conduit tout à fait normalement dans le groupe, **s'adapte tout de suite,** est d'une vitalité débordante. **Tout lui plaît, rien ne l'ennuie.** Il travaille normalement en classe.

A l'examen **il subit** plus qu'il ne collabore. Il **est passif, n'a aucun goût pour l'effort.** Il ne paraît **ni anxieux, ni préoccupé** mais plutôt laconique et peu communicatif.

LE NIVEAU, cliniquement normal, l'est aussi aux tests :

— au W.B. son Q.I. est de 105, avec 107 en V. et 105 en P.

Il **manque de bon sens,** se **fatigue vite, son attention est très labile.**

LA PERSONNALITE :

— Dessins.

— Entretiens.

— T.A.T.

ne donne pas de résultats très précis. Il arrête le T.A.T. à la planche 6, en disant que cela l'agace.

Indifférence.

Peu socialisé.

Immature, manque d'autonomie. Besoin d'une direction adulte.

CONCLUSIONS :

— Immature (manque de tests).

— Problème de carence éducative.

— Prédélinquance.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Poursuite de la scolarité en internat spécialisé.

OBS. N° 30 D... Chantal, 14 ans, née le 29-7-1955. Vue en 1969, Saint-Simon.

Parents	Mère 52 ans (+ 38) (Sans profession)	Père 59 ans (+ 45) (Peintre en bâtiment)
Fratrie	Enfant unique	

Adolescente amenée par ses parents pour :

— **des difficultés scolaires** avec un **retard** notable puisqu'elle est en sixième de transition ;

— **des troubles caractériels** dans sa famille : colères, impulsivité.

Elle est fille unique.

Son père, 59 ans, est peintre en bâtiments. Il a une fille de 35 ans d'un premier mariage. Chantal connaît son existence, mais ne la voit jamais.

La mère, 52 ans, ne travaille pas, elle ne s'entend pas très bien avec son mari et s'occupe par contre beaucoup de sa fille.

La naissance, le développement psychomoteur, tout a été normal. Pas d'antécédents pathologiques ; l'examen somatique est normal.

Elle va en classe pour la première fois à 4 ans. Les premières acquisitions (lecture, calcul) se font normalement.

Elle est, actuellement, **très en retard** (deux à trois ans), **ne travaille pas** en classe est **très asthénique** et **oppose une force d'inertie** incroyable à tout ce qu'on lui propose.

Chez elle, elle est **capricieuse,** fait des **colères,** surtout auprès de sa mère. Elle n'aime pas aller avec des camarades, préfère jouer avec ses affaires.

Elle se présente comme une adolescente **apathique, manque d'élan,** paraît inhibée, mais il s'agit plutôt d'un **comportement de passivité** générale, car elle est **bien adaptée** et ne semble **pas anxieuse.**

LES TESTS :

— P.M. 38 ; le Q.I. est de 105.

Ses capacités d'astraction sont bonnes. Son **attention** est, cependant, **peu soutenue .**

LA PERSONNALITE :

— Assez bon contact.

— Personnalité bien peu affirmée. Passive avec impulsions, colères. Se laisse facilement entraîner, aucun ressort. Pauvreté affective. Indifférence.

— Adolescente immature, mais les tests ne sont pas développés.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Internat spécialisé.

OBS. N° 31 L... Joël, 8 ans, né le 16-10-1962. Vu en 1970, Saint-Simon.

Parents	Mère 49 ans (+ 41)	Père 53 ans (+ 45)
	(Esthéticienne)	(Directeur commercial)
		(a deux grands enfants mariés qui ne sont pas avec eux)
Fratrie	Enfant unique	

Enfant adressé par son médecin traitant pour des **difficultés scolaires** avec **refus, opposition,** colères, **lenteur, retard** (dixième pour 8 ans) et des **perturbations affectives : Enurésie** transitoire, onycophagie, **infantilisme du comportement.**

Les parents sont relativement âgés. Le père, 53 ans, est directeur commercial. Il s'occupe bien de son fils. La mère, 49 ans, a été esthéticienne, mais ne travaille pas. C'est son deuxième mariage. Elle est divorcée et croyait ne pas pouvoir avoir d'enfants et elle a été très surprise par sa grossesse à 41 ans. Le père est veuf et avait deux grands enfants mariés. L'ambiance familiale paraît bonne. Joël est fils unique. La mère est hyperprotectrice, perfectionniste et exigeante envers l'enfant. Elle explique qu'elle l'a eu trop tard et que malgré les précautions qu'elle prend, elle s'en occupe trop.

Sa naissance a été normale. Il marche à 14 mois, dit ses premiers mots à huit mois et ses premières phrases à 2 ans. Il avait des coliques pendant les deux premières années. A cinq mois, il a été opéré d'une hernie, et des amygdales à 4 ans. Toutes ses maladies, peu importantes, sont exagérées par la mère. Il est **énurétique** périodiquement, n'a jamais complètement acquis la propreté nocturne. Son sommeil et son appétit sont bons. L'examen physique est normal.

Il va en classe pour la première fois à 3 ans, tout se passe bien jusqu'à cette année où il est **très instable** en classe, **lent pour travailler, s'opposant** à la maîtresse et aux autres enfants. Il a appris à lire normalement.

A la maison, même comportement : il est très **lent, instable** dans ses jeux, **manque de suite dans les idées, de persévérance.** Il aime lire, les jeux calmes. Sa mère fait ce qu'il veut, il a son père en adoration. Il est toujours distrait avec des moments d'impulsivité. Il ne veut pas faire ses devoirs. Le comportement de la mère est curieux : elle trouve que son mari fait plus grand-père que père, alors qu'elle-même paraît assez âgée, elle a l'air de prendre son enfant pour un objet, elle est plus observatrice que parti.

A l'examen, il s'exprime dans un **langage d'enfant gâté,** habitué à la solitude. Il se parle à voix basse en commentant ce qu'il va faire ou alors il **refuse sottement de parler.** Au premier contact il est **lent, passif,** peu de réactions, **opposition passive.** Est-ce une attitude de défense indiquant son inhibition, son insécurité ou plutôt un simple **comportement infantile, de désintérêt ?**

LE NIVEAU :

— WISC. Il est d'une intelligence normale, avec un Q.I. homogène de 103, au WISC. Il est très maladroit dans la réalisation des épreuves.

LA PERSONNALITE :

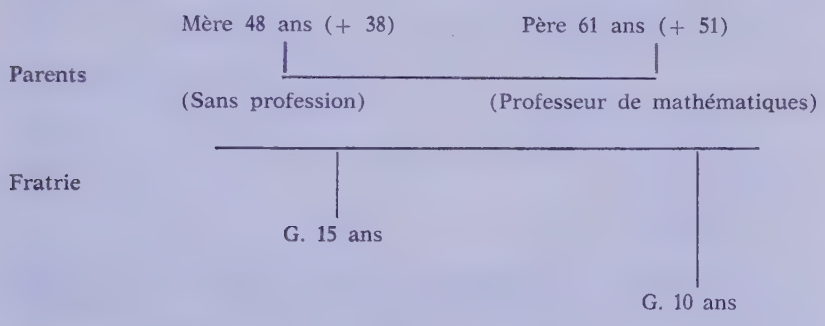
— Entretiens.
— Dessins.
— P N.

Très forte instabilité. Agressivité culpabilisée, mauvaises relations avec les parents et surtout la mère : sentiment de frustration maternelle et d'insécurité entraînant chez lui tantôt des tendances dépressives, tantôt au conrtaire, une phase d'excitation. Revendication affective, dépendance exagérée de la mère.

CONCLUSION :

— Parents âgés.
— Maladresses éducatives.
— Immaturité affective (tests peu détaillés).
— Conseils éducatifs : ne pas maintenir la dépendance, etc.
— Jeux avec d'autres enfants.
— Devrait être revu en consultation.

OBS. N° 32 P... Christian, 10 ans, né le 8-10-1960. Vu en 1970, Saint-Simon.



Enfant de 10 ans, admis au Centre, après une consultation demandée par les parents en vue d'une observation pour :

— **phobie scolaire ;**

— **troubles affectifs : anorexie** accompagnée de nombreux signes regressifs, **énurésie transitoire, retard du langage, caprices et colères, balancement la nuit.**

Le père, 61 ans, est professeur de mathématiques dans un lycée. Il est rigide, méticuleux et admet difficilement le comportement de son fils.

La mère, 48 ans, ne travaille pas. Elle est hyperprotectrice, émotive, anxieuse, se laisse manœuvrer par Christian ; elle a toujours mal accepté le placement de son fils, cherchant à le reprendre avant la fin de l'observation.

Christian a un frère, Jean-Claude, 15 ans, avec qui il joue peu. L'aîné travaille bien en classe et n'a pas posé de problèmes à ses parents.

La naissance, le premier développement psychomoteur se sont fait normalement. Il existe cependant un important retard de langage puisqu'il n'a parlé que vers trois ans et demi, quatre ans; actuellement il a encore **des difficultés de prononciation, il zezaye.**

Il a été énurétique jusqu'à l'âge de 5 ans et, actuellement, fait encore pipi au lit, très irrégulièrement et peu souvent.

Il suce son pouce, s'endort avec des animaux en peluche, son ours Fafa, avec qui il joue le jour aussi, se balance dans son lit. Il ne fait pas de cauchemars. **Il est anorexique, fait des caprices pour manger** comme pour tout ce qu'il ne veut pas.

Il reste **extrêmement dépendant de sa mère.**

Depuis un mois environ, **il ne veut plus aller en classe disant qu'il a peur de la maîtresse** : ce sont des caprices terribles et il reste à la maison où il joue aux petits soldats, etc.

Il est très en **retard,** au moins de 2 ans puisqu'il est à peine en C.E. Il lit courament et présente une **dysorthographie** massive pour laquelle une rééducation a été entreprise ; il a, d'ailleurs, sur le plan scolaire fait des progrès pendant son séjour au centre.

Pas d'antécédents pathologiques chez lui ; l'examen somatique est normal. L'examen psychomoteur montre une hypertonie, une **instabilité psychomotrice** nette d'origine émotive associée à des **tics** des paupières : il n'a pas de troubles du schéma corporel, il est bien latéralisé à droite. Durant son séjour une rééducation psychomotrice a aussi été entreprise.

A l'examen, il est plutôt **passif, pas inhibé,** mais **s'exprimant peu** et par monosyllabes; **il joue** sans porter trop d'attention au médecin et demande quand il va partir, ce qui, évidemment, n'est pas le comportement adapté d'un enfant de 10 ans. Il ne fait tout de même pas le bébé comme avec ses parents.

Devant de telles perturbations affectives, un comportement si régressif, on pouvait craindre une évolution psychotique : on ne trouve cependant pas de signes pré-dissociatifs.

Lors de la passation des tests, il continue à s'exprimer peu, répondant tout juste à ce qu'on lui demande.

LE NIVEAU : apprécié à l'aide du P.M. 38, lui donne une équivalence de

— Q.I. de 110
(31 points — Centile 75).

LA PERSONNALITE :

— Dessins.
— Rorschach.

Les tests projectifs révèlent une inhibition importante avec un contrôle rigide sur ses affects, des difficultés dans ses rapports affectifs et sociaux. Le choc au noir est l'indice de la difficulté qu'a l'enfant à s'affirmer dans ses relations. **Pas d'agressivité.** Immaturité profonde (**Anxiété**).

Malgré les progrès obtenus :

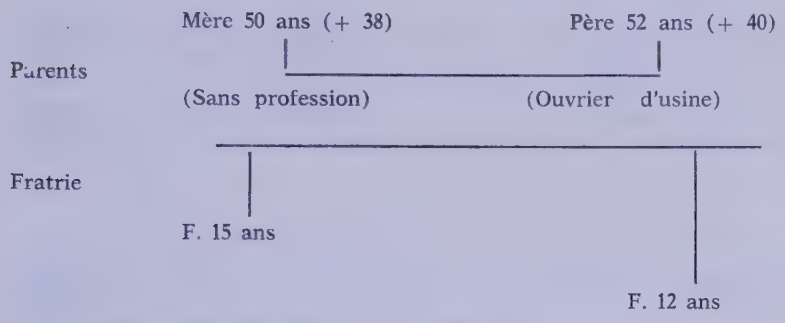
— dans son comportement : il était replié au début, jouait seul, alors qu'au départ il joue avec les autres, devient même agressif ;
— dans son travail scolaire ;

la mère ne le laisse pas prolonger son séjour, ce qui le satisfait pleinement.

Conseils thérapeutiques :

Une prise en charge psychothérapique pendant une période prolongée a été envisagée.

OBS. N° 33 B... Christiane, 12 ans, née le 17-9-1955. Vue en 1967, St-Simon.



Enfant de 12 ans, amenée au Centre pour di **difficultés scolaires** avec un **retard** de 2 ans et des **troubles caractériels** à l'encontre de la mère.

Les parents sont récemment séparés et depuis la séparation elle vit avec sa mère chez ses grands-parents.

Le père, 52 ans, est ouvrier ; il ne voit pratiquement plus ses enfants.

La mère, 50 ans, ne travaille pas ; c'est une femme déprimée qui n'a pas d'autorité sur ses filles.

Elle a une sœur de 15 ans qui ne pose pas de problème et avec qui elle se dispute méchamment.

Sa naissance et son premier développement psychomoteur ont été normaux. Elle a marché à 13 mois, parlé à 18 mois, son sommeil a toujours été agité : elle rêve et parle la nuit.

Aucun antécédent pathologique n'est noté. L'examen physique est normal ; l'examen psychomoteur est normal avec, cependant, quelques troubles de la latéralité de type ambidextrie.

A la maison elles est **insupportable, capricieuse.** A l'école, elle est au C.M. 1 et **travaille mal ; elle est peu intéressée et coopérante, a toujours besoin de soutien.** Elle est bonne en calcul, mais au contraire très mauvaise en orthographe ; elle a appris à lire difficilement.

A l'entretien elle n'est **pas anxieuse, pas émotive** ; elle a l'air décidé, dynamique. Elle donne l'impression d'une enfant intelligente, malgré son important retard scolaire, ce qui est confirmé par les tests.

LE NIVEAU :

— apprécié à l'aide du P.M. 38
— et des Kohs.

Aux Kohs, elle réalise une très bonne performance : 15-16 ans.

Au P.M. 38, elle obtien 48 points, ce qui la situe au centile 90, soit un
— Q.I. de 115

LA PERSONNALITE :

— Entretiens.
— Dessins.
— P.N.

Les dessins révèlent des problèmes de rivalité fraternelle et d'incomplétude familiale.

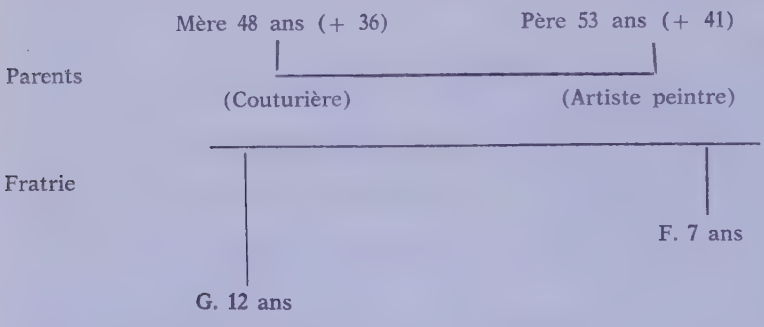
Au P.N: : **Difficultés d'identification au personnage féminin** associé à **un désir de ne pas grandir et à une arriération affective** ; on note une certaine agressivité contre la mère avec désir d'indépendance.

Les conclusions du Centre :

— Famille dissociée, mère déprimée.
— Manque d'autorité.
— Doit être maintenue en internat spécialisé en raison des perturbations affectives.
— Enfant immature qui désire s'affirmer.

C'est un assez mauvais dossier pour notre étude en raison du manque de renseignements et de tests. Elle est, cependant, plus immature que névrotique.

OBS. N° 34 M... Alexandre, 12 ans, né le 11-7-1956. Vu en 1968, Saint-Simon.



Enfant amené par ses parents pour :

— **des difficultés scolaires**, avec **instabilité,**
— **retard** de 2 ans,
— **dyslexie, dysorthographie,** lecture encore hésitante,
— à la maison il ne pose aucun problème à ses parents, ne présente aucun trouble caractériel.

Ses parents sont âgés.

Son père a 53 ans. Il est artiste peintre et pour gagner un peu d'argent, en plus de ses tableaux, il fait des remplacements de comptable.

Sa mère, 48 ans, était modéliste ; elle fait de la couture à la maison, des ménages.

Il a une sœur, Catherine, 7 ans, qui fait aussi partie de nos observations, mais n'a pas réagi de la même façon que lui.

La famille est unie ; ils ont beaucoup voyagé, se heurtant à de nombreuses difficultés financières. Le père souhaiterait garder ses enfants à la maison sans qu'ils aillent en classe ; il ne veut pas qu'Alexandre circule seul en ville. Il désire garder ses enfants « petits » et ne veut leur laisser aucune initiative, ni leur faire courir aucun risque. Il pense pour leur avenir à une vie de paysan ou de pêcheur-poète. La mère semble plus réaliste en ce qui concerne l'éducation.

Dans ses antécédents on ne relève rien de particulier, le premier développement psychomoteur a été normal. Il n'a jamais quitté sa famille.

Pas d'antécédents pathologique. Le bilan psychomoteur révèle une **débilité psychomotrice,** avec équipement insuffisant et possibilités mal utilisées.

Au point de vue scolaire, il a très souvent changé d'établissement en raison de l'instabilité de la famille, ce qui peut expliquer, en partie, son **retard de 2-3 ans,** puisqu'il est au C.E. 2. En classe c'est un garçon **gentil et souriant qui passe inaperçu.** Il est **nonchalent, infantile dans ses intérêts**

et **peu intéressé par l'acquisition des matières de base.** Il présente une **dyslexie dysorthographique** permettant aussi d'expliquer le retard.

A la maison c'est un enfant taquin très affectueux. Il a peu de camarades en raison du cercle de famille.

A l'entretien, il ne montre **aucune anxiété : très bavard, naïf, incohérent, désordonné, l'ordre chronologique des événements** qu'il raconte **n'est pas toujours respecté.** Il est indolent, nonchalant, insouciant, a le goût du changement et de l'imprévu.

LE NIVEAU :

— P.M. 38.
— KOHS.

Au P.M. 38, il obtient 35 point (centile 25-50), ce qui lui donne un Q.I. normal de **105.**

Aux Kohs, il obtient 97 points, ce qui est nettement supérieur à la moyenne de son âge.

C'est donc un enfant normalement intelligent .

LA PERSONNALITE :

— Dessins.
— Entretien.

Nonchalence totale, passivité. Il semble vivre au jour le jour, sans racines, sans liens.

Aucune anxiété, il est euphorique. **Il s'adapte bien à tout, mais se lasse aussitôt de tout** ce qu'il entreprend. Il est très **instable,** de type « papillon », **se disperse. Il recherche,** sans cesse, **la présence de l'adulte** et a **besoin d'être stimulé** pour faire ce qu'il entreprend.

Personnalité manquant de structuration.

Immaturité affective.

Non névrotique.

La famille ne supporte pas la séparation et il est repris par ses parents au bout d'un mois .

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Rendu à la famille.
— Classe de perfectionnement.

OBS. N° 35 C... Jean-Pierre, 12 ans, né le 4-4-1956. Vu en 1968, St-Simon.

Parents	Mère 50 ans (+ 38)	Père 48 ans (+ 36)
	(Directrice d'école)	(Entrepreneur maçon)
Fratrie	Enfant unique	

Jean-Pierre est adressé au Centre pour :

— **Difficultés scolaires** chez un enfant unique en conflit avec sa mère. Est en 5e, **ne réussit pas, agressif envers ses camardes, coléreux.** Il présente des séquelles de **dyslexie, dysorthographie.**

— **Opposition passive** et souriante à la mère.

Le père, 48 ans, artisan-maçon entrepreneur, très effacé, ne prend que très rarement la parole. Attaché à son fils, maladroit dans ses contacts avec

lui. **La mère,** 50 ans, Directrice d'école, très rigide, paraît âgée, semble tout diriger dans le foyer ; c'est elle qui a pris en main l'éducation de son fils. Il n'avait jamais quitté sa mère avant son entrée au Centre et la séparation a été très pénible pour la mère autant que pour lui. Elle dit qu'il est **agressif envers ses camarades, coléreux, ne supportant pas la discipline.** La famille n'a pas de rapports avec l'établissement que pour ce qui est des problèmes scolaires : la mère est polarisée là-dessus.

On ne relève rien dans ses antécédents, la naissance et le premier développement sont normaux. **L'examen physique** est normal. Il est grand pour son âge. **L'examen psychomoteur** montre qu'il a un **équipement moteur moyen** et **une utilisation maladroite des possibilités** avec **inhibition corporelle** et **difficultés tonicomotrices** (pris en rééducation). **L'examen orthophonique** révèle des séquelles de dyslexie-dysorthographie importantes (rééducation à entreprendre). Dysorthographie d'origine affective.

Il entre en 5e, venant d'une 6e normale. Il réussit bien en calcul, pas en orthographe, ce qui peut être expliqué par ses difficultés instrumentales.

A l'examen il est **timide,** a l'air triste, **mal à l'aise** « fils unique ». Ses **idées sont conformistes** quant à l'entente avec ses parents, à son avenir. Dans le groupe c'est un garçon calme, pondéré, au contact agréable. Il est capable **d'opposition passive et souriante,** il est **peu sthénique** bien qu'il réussisse partout. Cependant **il est passif,** reste plutôt en marge du groupe. Parfois il a des **attitudes infantiles : pousse des petits cris, tape du pied** et cela à propos de **frustrations peu importantes** au niveau de ses camarades.

LE NIVEAU :

— P.M. 38 : 52 points, centile 95. Intelligence supérieure (**130**).

Un peu d'inquiétude au début, puis calme et bien concentré. Très bon contrôle intellectuel. Le refus scolaire disparaît dans l'établissement.

LA PERSONNALITE :

Ton un peu maniéré que l'on rencontre souvent chez les enfants uniques. Difficultés scolaires à répercussion caractérielle chez un fils unique dyslexique, dysorthographique. Pas d'anxiété, **manque d'agressivité, passivité. Calme, asthénique, a dû être stimulé** au cours du séjour. **Personnalité peu structurée, immature.**

CONCLUSIONS DU CENTRE :

— Immaturité affective.

— Mère hyperprotectrice, rigide, trop centré sur les problèmes scolaires.

— Parents âgés.

— Bon état général, équipement moteur moyen. Excellent niveau I et disparition du refus scolaire. Hyposthénique, doit être stimulé : peu de relations avec le groupe. Il est à craindre que de retour dans sa famille il retombe dans le même conflit avec sa mère.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

Placement en internat hors de sa famille afin d'éviter un repli égocentrique.

OBS. N° 36 A... Bernard, 15 ans, né le 18-12-1943. Vu en 1958, Saint-Simon.

Parents adoptifs

Parents — Mère 59 ans (+ 44) (Institutrice) — Père 59 ans (+ 44) (Représentant)

Fratrie — Enfant unique

Enfant adopté qui présente depuis 3-4 ans **des troubles caractériels et du comportement :** refus d'obéir, rentre tard le soir, aurait été initié à des pratiques homosexuelles. **Sur le plan scolaire** il présente aussi des **difficultés,** est en **retard** et ne travaille pas.

Sa mère, est morte à sa naissance, son père était inconnu. Il a été élevé pendant 15 mois par ses grands parents, puis adopté par le ménage Aze..., relativement âgé. Le père, 59 ans, représentant, s'en occupe peu. La mère, 59 ans, institutrice, le choye beaucoup, mais est actuellement dépassée par son comportement. Les parents ne s'entendent pas. Il est fils unique et a su très jeune qu'il était adopté.

Sa naissance et son premier développement psychomoteur semblent avoir été normaux, d'après les renseignements que nous avons.

Pas d'antécédents pathologiques. Son sommeil, son appétit sont bons. L'examen somatique est normal : il est plus grand et plus gros que son âge. Le bilan psychomoteur révèle peu de difficultés si ce n'est une **légère insuffisance du contrôle moteur.**

A l'école il est au cours F.E., mais **ne travaille pas.** Il est **plus passif qu'opposant.** Il a **sans cesse besoin d'être soutenu** et valorisé.

Chez lui, il **refuse d'obéir** et présente tous les troubles pour lesquels il est venu consulter. Il est cependant **très attaché à sa mère, de façon infantile** pour un garçon de 15 ans : il lui écrit du Centre des lettres débordantes d'affection.

Au Centre il est bien adapté quoi qu'il s'ennuie de sa mère. Il est calme, asthénique, indolent. Pour les sports **il manque de persévérance et d'audace. Il manque d'agressivité,** il n'aime pas les sports mais plutôt les loisirs de type nonchalent : il est un peu vagabond, aime la vie naturelle et sans contrainte. Il ne fait pas d'efforts sur lui-même. Dans le groupe, il se montre **très suggestible.** Il **recherche le contact avec l'adulte,** aime la vie de famille.

A l'examen, il est ouvert, participant, s'intéresse aux épreuves.

LE NIVEAU :

— P.M. 38.
— Kohs.
— Terman Merrill,

est normal

Son vocabulaire est bon, l'expression facile, il a du bon sens, mais est très étourdi. **Il abandonne facilement et en souriant devant la difficulté.** Il obtient un **Q.I. de 94** au Terman, **118 points** au Kohs, soit un niveau de 18 ans, et des résultats très moyens au P.M. 38.

LA PERSONNALITE :

— Entretiens.
— Dessins.

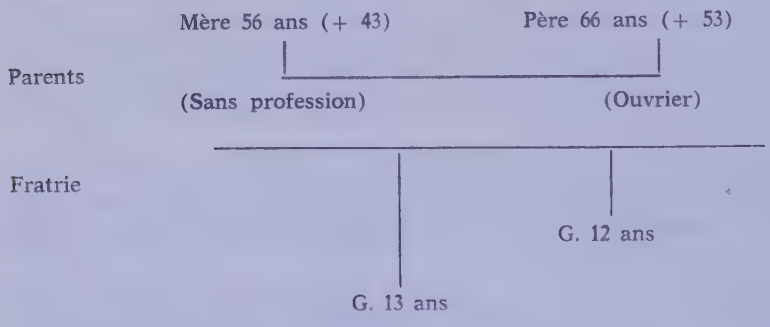
Pas d'anxiété, ni de culpabilité. Personnalité faible, suggestibilité. Aucun trait de perversité sthénique, **aucune agressivité** : il se laisse facilement entrainer.

Labilité émotionnelle importante. Besoin de se viriliser, d'être soutenu et valorisé. Manque d'image paternelle et d'autorité. Education sans frein.

CONCLUSION :

— Carence d'autorité et problème d'enfant adopté.
— Immaturité affective.
— Nécessité d'un cadre ferme (foyer de semi-liberté où il préparerait un C.A.P.) non loin de sa famille.
— Adolescent immature mais pas de tests à l'appui.

OBS. N° 37 B... Patrick, 13 ans, né le 8-7-1947. Vu en 1960, Saint-Simon.



Enfant amené par ses parents pour des :

— **difficultés scolaires** avec un **retard** important (C.E. 1, C.E. 2) et une **lenteur extrême ;**
— **infantilisme du comportement ;**
— **difficultés d'adaptation** à la suite d'une **intervention à cœur ouvert** (décembre 1958).

Le père 66 ans, est ouvrier d'usine. (Il avait, avant, un salon de coiffure.) Il est affectueux envers Patrick, le gâte beaucoup. **La mère,** 56 ans, paresseuse, négligente, s'occupe peu de ses enfants. Se sert de la maladie de Patrick pour apitoyer les gens. Les parents ne s'entendent pas et sont peu souvent ensemble. Patrick va souvent chez sa marraine à Biarritz où il a une vie plus régulière que chez lui. Il a un frère de un an plus jeune, Yves, qui est dans un Centre (Puy-de-Dôme).

ANTECEDENTS :

Il est né quelques jours avant terme, porteur d'une malformation congénitale (le grand-père était mort à 50 ans de cardiopathie).

C'était un enfant très chétif, mangeant peu, vomissant souvent. Première dent à 6 mois ; premiers mots à un an ; marche à 20 mois. N'a pas eu chez lui une alimentation régulière. Après l'intervention a été placé dans un Centre à Aix-en-Provence, puis chez sa marraine. Gros retard scolaire, niveau C.E. 2.

Scolarité : Scoralité troublée. En classe, **peu habitué à faire des efforts. Il a toujours besoin d'être stimulé.**

L'examen physique : taille au-dessus de la normale, poids fort.

Examen cardiaque pratiqué : Souffle 3/4, 3° EICG + — Absence 2° B. au foyer pulmonaire.

En scopie, hypertrophie biventriculaire avec vascularisation pulmonaire normale.

Par ailleurs : R.A.S.

L'examen psychomoteur révèle une **instabilité** importante. Ses possibilités psychomotrices sont moyennes ; sa latéralité n'est pas homogène.

A l'examen : Il se prête à l'examen sans aucune difficulté et **sans anxiété.**

LE NIVEAU :

— Terman-Merill

— PM. 38

— W.B.

— Au Terman-Merril, il obtient un **Q. I. de 86.**

Il est observateur, a le sens critique ; mais il a **tendance à fuir l'effort intellectuel,** s'organise mal, réfléchit peu.

— **Au P.M. 38, 29 points,** niveau moyen de son âge.

En fin de séjour, il obtient un **Q. I. de 100** homogène au W.B.

LA PERSONNALITE :

— Dessins

— Entretiens

Caractère un peu flou, manque de véritable accrochage et de sécurité. **Arriération affective importante** avec chez lui **une certaine anxiété.** Tendance à trop se centrer sur ses problèmes.

Dans le groupe, très apprécié pour sa bonne humeur et son **égalité de comportement.** Très infantile, il ne réalise pas la situation familiale. Fait surtout appel à l'adulte pour montrer ses progrès ; **se montre très dépendant.** Il fait des **caprices pour manger.**

Très attaché au milieu familial, ou au moins à son père et à sa mère, dont il s'ennuie beaucoup pendant son séjour.

C'est un enfant de parents âgés, héros d'une intervention à cœur ouvert.

Il sait que ses parents ne s'entendent pas, mais les voit souvent tous les deux du fait de sa maladie. Il y a chez lui une tendance à la surcompensation physique (natation). Bonne entente avec Yves. **Ne paraît pas en conflit** véritable **avec la famille, ni avec personne.**

Il aime beaucoup parler de lui, est **très égocentrique.**

Pendant le séjour il s'est virilisé, a mûri sur le plan de la personnalité. Les réactions psychologiques déclenchées par l'infirmité n'atteignent pas le niveau pathologique.

Immaturité affective, peu anxieux.

Problème d'enfant malade.

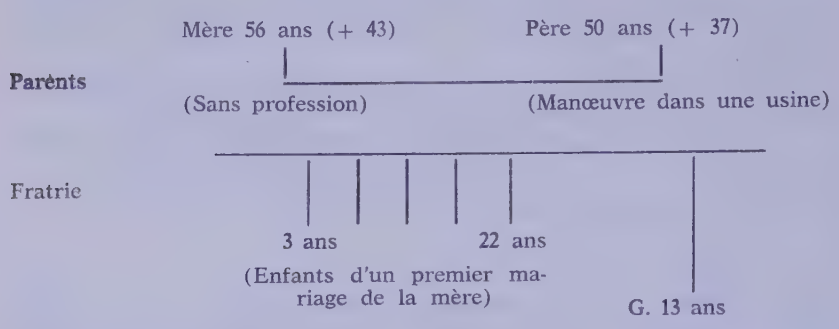
Sa personnalité est restée assez infantile et soumise à différentes formes **d'égocentrisme ;** pas de troubles caractériels.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Essai de stabilisation par un placement prolongé chez sa marraine, par exemple.

— Régularisation de la scolarité.

OBS. N° 38 A... Angel, 13 ans, né le 2-8-1947. Vu en 1960, Saint-Simon.



Enfant amené par ses parents (sur les conseils du Dispensaire d'hygiène mentale), pour :

— **Difficultés scolaires, retard** (relatif : fin d'études).

— **Hyperémotivité** considérable chez un enfant de niveau limite, dyslexique et dysorthographique.

La mère, 56 ans, veuve depuis 5 ans quand elle connaît M. A... **Le père,** 50 ans, est manœuvre dans une usine. Il est Espagnol.

Il est le dernier d'une fratrie de 6, et le seul enfant du couple actuel. Les 5 aînés sont nés d'un premier mariage de la mère. Une fille aînée mariée. Les 4 autres vivent au foyer (de 33 à 22 ans). La famille est unie, tout le monde gâte beaucoup Angel : c'est un milieu assez négligent sur le plan éducatif.

Sa naissance a été normale ; première dent à 7 mois ; premiers pas à 13 mois ; propre tôt ; parle à 2 ans. Coqueluche, oreillons, varicelle. Il est calme la nuit.

L'examen physique est normal. La taille et le poids sont bien équilibrés. L'examen psychomoteur ne montre pas de difficultés très importantes, si ce n'est une **impulsivité** qui peut être contrôlée : sa latéralité n'est pas homogène. Pas de rééducation.

Scolarité : fin d'études. Il a beaucoup de **mal à suivre, ne s'intéresse pas à la classe.**

— **Dyslexie, dysorthographie.** Il est **très sensible aux sanctions** et aux encouragements, **il a besoin sans cesse d'être stimulé.** C'est un caractère normal, un peu **brouillon** dans son travail scolaire qui réussit faiblement, selon l'instituteur.

A l'examen : il est **un peu anxieux,** s'intéresse aux épreuves, **est un peu lent.**

LE NIVEAU :

— W.B.
— Kohs
— P.M. 38
— W.B. : **Q. I. de 71.**

Intelligence un peu supérieure à la débilité. Intérêts concrets, un certain bon sens pratique. **Passivité générale.**

— **Kohs :** niveau de 9 ans, 32 points.
— **P.M. 38 :** mauvais résultats.

Manque de réflexion réelle, certaine passivité qui se traduit par de la persévération, répond souvent au hasard, **besoin d'être stimulé.**

LA PERSONNALITE :

— Comportement

— Entretiens

Il pleure beaucoup au début de son séjour. Il est **très attaché à sa maison, sa famille ; arriération affective : besoin d'attention et d'affection** (revendication affective).

Bon caractère, accommodant. Comportement très infantile. **Très dépendant de la mère** et de l'adulte en général. Personnalité infantile.

Devrait se viriliser et acquérir plus de confiance en lui par la correction de la dyslexie-dysorthographie. Durant tout le séjour, nostalgie de sa famille, ne progresse pas.

CONCLUSIONS :

— Arriération affective et intellectuelle.

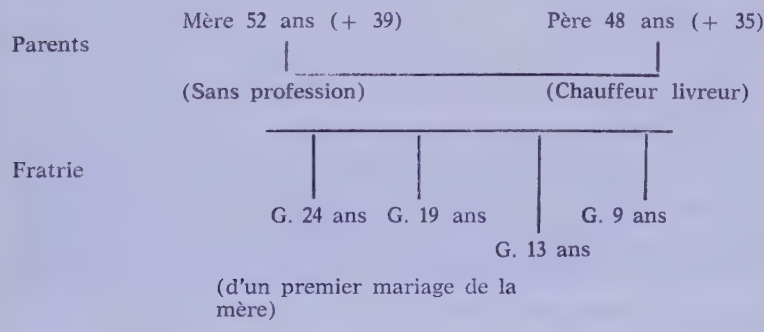
— **Hyperémotif, lent** et trop attaché à sa famille ; n'a pu bénéficier d'un séjour trop court.

— Niveau limite, en relation avec des perturbations affectives ?

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Une rééducation scolaire longue et difficile sera à envisager.

OBS. N° 39 C... Bruno, 13 ans, né le 28-11-1952. Vu en 1965, Saint-Simon.



Enfant adressé au Centre pour des **troubles du comportement : apathie et désintérêt croissant** dans son milieu familial et à **l'école où il a deux ans de retard.** Il est **lent,** asthénique, réagit passivement, obéit sans se plaindre. Il est timide devant sa mère et est très jaloux de son frère.

La mère est plus âgée que le père ; elle a 52 ans, ne travaille pas. Elle a deux enfants (Régis, 24 ans et Jacques, 19 ans) d'un premier mariage qui s'est terminé par un divorce. Elle est très nerveuse et autoritaire envers Bruno. Le père, 48 ans, est chauffeur-livreur, il travaille beaucoup et ne s'occupe que peu de ses enfants. Il a un frère de 9 ans, Robert, qui pose aussi des problèmes et dont il est jaloux.

Sa naissance a été normale ; il a été placé en nourrice quelques mois en raison des difficultés matérielles qu'avaient les parents. Il marche à 16 mois, parle vers 2 ans, est propre tôt. Il a toujours eu **un sommeil agité,** sans terreurs nocturnes. A l'âge de 11 ans, il a passé quelques mois dans un aérium en raison de son hypotrophie. L'examen physique est normal ; une hypothyroïdie avait été évoquée en raison de sa particulière lenteur.

Le métabolisme basal effectué à son entrée est de — 13 % et il reçoit un traitement: Thyroboline 5 cg matin et soir. L'examen psychomoteur ne révèle que quelques troubles du rythme.

Il redouble le C.M. 2; c'est un enfant **très asthénique** mais plein de bonne volonté. **Son attention se disperse facilement. Son imagination est puérile.**

A la maison sa mère s'en occupe bien sur le plan physique, mais est toujours très sévère avec lui. Il est lent et asthénique, timide envers sa mère; il est plus confiant avec son père. Il **obéit sans pleurer et sans se plaindre.** Il a été méchant envers le petit mais cela n'a pas duré. Il aime beaucoup les animaux. Jl joue toujours très calmement à la maison.

Au Centre il est bien adapté; cette adaptation passe cependant par des phases en creux où il va alors chercher refuge à l'infirmerie et auprès des adultes. **Il est très ludique, affectueux, serviable;** il est très collant envers les adultes. Son humeur est essentiellement variable passant facillement de l'euphorie au pessimisme. Il aime peu le sport. Pas de troubles du comportement.

A l'examen il est **un peu inhibé; il devient vite très bavard.**

LE NIVEAU :

— Apprécié à l'aide du PM. 38 — Kohs.
— Terman-Merrill est normal. Il est très lent.
— Au PM. 38, il obtient une moyenne un peu faible : 11 ans, mais l'améliore en tenant compte de l'expérience acquise.
— Au Kohs : niveau normal : 14 ans.
— Au Terman-Merrill : **Q.I. 94.**

LA PERSONNALITE :

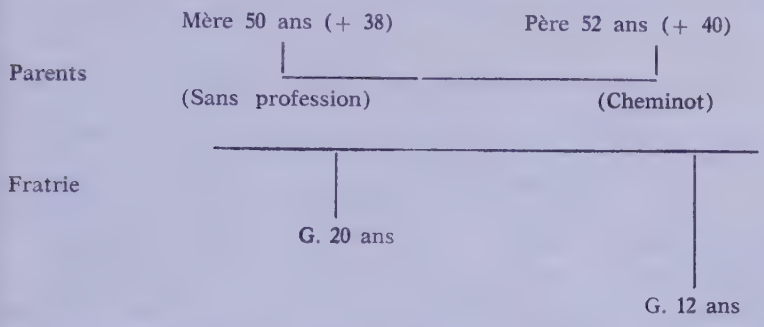
— Entretiens.
— Dessins.
— Rorschach.

Il raconte ses relations avec sa mère qui s'énerve et qu'il trouve injuste envers lui et incompréhensive. Au Rorschach : nombreuses réponses originales, parfois même très imaginatives. Trop d'interprétations globales, trop de signes d'opposition extériorisés en ambivalence et à l'opposé, pourcentage un peu insuffisant de réponses en relation avec le sens concret, pratique. Affectivité vive, nuancée avec labilité émotionnelle. Il existe un certain malaise anxieux dominé et des interprétations à tendance dépressive.

CONCLUSION :

— Troubles du comportement réactionnels à des conditions mésologiques peu stimulantes.
— Immature, mais un peu névrotique.
— Son séjour au Centre est prolongé.
— Observation où manque l'interprétation des tests.

OBS. N° 40 B... Didier, 12 ans, né le 13-3-1955. Vu en 1967, Saint-Simon.



Enfant amené par ses parents parce qu'**il refuse obstinément d'aller en classe.**

Ce refus dure depuis presque une année scolaire; il est **accompagné d'un retard** de 2 ans d'environ, et a été précédé **d'opposition et de fugues.**

Il craint de ne pas réussir, de ne pas savoir faire ce qu'on lui demande, a peur du maître, de ses camarades. Il semble que ce soit une véritable **phobie scolaire.**

Son père, 52 ans, est cheminot, mais ne travaille pas depuis 1963, où il a subi l'amputation des doigts de pied pour une artérite. Il est donc en invalidité. Il est peu sévère et l'enfant lui est très attaché.

Sa mère, 50 ans, ne travaille pas. Elle est très nerveuse et susceptible depuis que son mari est malade. Elle choyait beaucoup Didier, mais se montre beaucoup plus sévère avec lui depuis qu'il refuse d'aller en classe.

Il a un frère aîné de 20 qui vient de rentrer dans l'aviation après avoir terminé ses études secondaires; la mère est très anxieuse à son sujet à cause des accidents.

Le frère aîné est sévère avec Didier qui le craint beaucoup. Il a toujours vécu dans sa famille où l'ambiance affective est bonne.

Sa naissance a été normale; première dent à 6 mois, premiers mots à 14 mois, premiers pas à 13 mois. Il est propre tôt.

Pas d'antécédents pathologiques : rougeole, oreillons.

Enfant hypernerveux, il met toujours longtemps pour s'endormir, mais après son sommeil est calme. Il est grand, bien proportionné, l'examen physique est normal.

L'examen psycho-moteur révèle **une petite insuffisance** avec mauvaise attitude générale.

Sa scolarité : en 1964, à 9 ans, il était à l'école primaire et tout allait bien. En 1965-66 changement de directeur; parallèlement la maladie de son père s'aggrave.

Il fugue de l'école et depuis il a été pratiquement impossible de le remettre en classe : il va 8 jours dans une écoel privée à Cajarc, une demi-journée à l'école de Capdenac, 4 jours à Figeac dans une école qu'il avait choisie lui-même.

Son niveau est celui du C.M. 1, il a donc **2 ans de retard** et craint toujours de ne pas réussir et qu'on se moque de lui. **Il est conscient de ce retard et mal à l'aise.**

A la maison, il est souvent **insolent, coléreux,** surtout envers sa mère.

Il est opposé à son placement au Centre, **attaché à sa mère;** une fois qu'il y est, **il s'adapte vite, réagit passivement,** est admis et aimé par ses camarades; c'est un enfant **calme** qui, **apparemment, ne crée pas de conflits, jamais de colères, ni de scènes :** il **est toujours placide,** malgré les frustrations inévitables de la vie en groupe. Il fait preuve d'un **conformisme** important à l'égard des adultes.

Il se laisse facilement entraîner par ses camarades, **s'adapte à toutes les situations** avec une facilité déconcertante.
Les parents interrompent son séjour au bout de 3 mois.

LE NIVEAU :

— **P.M. 38 :** 23 points; résultat assez médiocre qui lui donne un Q.I. de **80.** Au **Kohs.**

Il a des difficultés de structuration spatiale, peu d'autocritique, son jugement est peu sûr.

— 36 points = 10 ans.

Donc sur le plan intellectuel ses possibilités sont suffisantes, mais sans plus.

LA PERSONNALITE :

Phobie scolaire chez un sujet d'intelligence moyenne. Mère nerveuse. Père malade.

En fait, le niveau limite peut expliquer certaines difficultés. Didier a fait des efforts pour les surmonter, considérant ses échecs comme des fautes, d'où la naissance de la phobie scolaire supprimant la culpabilité. **Il est docile, conformiste, sans agressivité.**

CONCLUSIONS :

— Immaturité avec organisation phobique.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Internat spécialisé.
— Psychothérapie.

OBS. N° 41 B... Joël, 12 ans, né le 19-10-1952. Vu en 1964, Saint-Simon.

Parents	Mère 49 ans (+ 37)	Père 55 ans (+ 43)
	(Employée P. et T.)	(Electricien)
Fratrie	Enfant unique	

Enfant adressé par le Dispensaire d'Hygiène mentale pour des :

— **Difficultés scolaires, lenteur** dans le rendement, pas de retard;

— **Opposition familiale passive, asthénie;**

— **« Syndrome de désadaptation du réel »** de **structure à préciser par une longue observation.**

On parle pour lui d'autisme, de rêve éveillé, sans trouble apparent de la pensée, mais avec **lenteur de l'expression, des idées et résultats de plus en plus faibles,** malgré une intelligence normale.

Les parents se sont mariés tard. Ils ont associé deux solitudes ayant beaucoup souffert l'un et l'autre avant et le ménage ne marche pas très bien actuellement.

Son père, 55 ans, électricien à Tarbes, ancien prisonnier de guerre, paraît méticuleux et tâtillon; il est souvent absent.

Sa mère, 49 ans, employée aux P. et T., rentre le soir à 19 heures. Ils se disputent souvent et le fils est accusé de se liguer contre sa mère avec son père; elle paraît assez infantile dans ses réactions, peu affectueuse dans ses contacts familiaux (mère névrotique).

Joël est fils unique. Une sœur morte à la naissance en 1950.

Il est né après une grossesse normale.

Accouchement long avec césarienne, à terme; il a fallu le réanimer parce qu'il était un peu cyanosé. A cependant crié assez vite.

Le premier développement est normal, marche à 13 mois. **Propreté nocturne vers 5-6 ans** (**énurésie** jusqu'à 6 ans). Rougeole, coqueluche, oreillons, varicelle. Pas de convulsions. Calme, dort bien la nuit.

L'examen physique est normal.

L'examen psychomoteur révèle une tendance à la débilité motrice avec **inhibitions et lenteur**, latéralité ambiguë **(tendance hypertonique, maladresses manuelles).** Rééducation entreprise : gymnastique corrective. Rééducation psychomotrice en petit groupe où il prenait, peu à peu, de l'assurance.

Il a été élevé pendant 7 mois par la mère, puis jusqu'à 7 ans par la grand-mère. Il était **insupportable**, il revient chez ses parents. Mis demi-pensionnaire, puis pensionnaire, mais cela ne marche pas. **Avec la mère,** il est **opposant, insolent,** « mimant **le père** qui me méprise », dit-elle. Avec le père, confiant, plus affectueux; il est indocile et insolent avec sa grand-mère et il **a tendance à s'isoler** facilement : c'est un solitaire.

Les frustrations affectives de la petite enfance, le foyer de mésentente avec caractère méticuleux et autoritaire et manque d'expression affectueuse de la mère ont favorisé l'apparition de ce syndrome.

Scolarité : en classe il est facilement intégré, demande où en sont les autres, ce qu'il faut faire, se renseigne, etc. Niveau C.M. 2, puis niveau supérieur, très bon en lecture, orthographe, français, beaucoup d'imagination, sensible. **Difficulté de logique, de construction d'un plan,** mauvais en calcul.

Normalité des possibilités intellectuelles au service d'une personnalité vulnérable.

Comportement : c'est un enfant qui reste pendant longtemps **isolé du groupe.** Sa participation à l'activité est lente et épisodique. **Il a besoin d'être continuellement sollicité.** Son **activité générale est faible,** il est **vite fatigué,** n'a aucun goût pour les activités manuelles : **lent,** méticuleux, il n'aime pas les sports.

A l'examen il est calme, un peu triste. Chaque question semble le faire sortir de sa rêverie, même les plus simples; était en 7e, ne travaillait pas bien, dit-il. Il veut être instituteur. Il vit assez mal l'ambiance familiale et sa petite enfance : il manque de syntonie et pour certains cela peut paraître une force subtile d'opposition passive, un refus de se livrer.

LE NIVEAU :

— En 63 : Q.I. de 109 au B.S. **(Z).**

On signalait alors : **« difficultés d'attention de mémoire visuelle, rythme de travail trop lent, manque d'aisance et de confiance dans les contacts, apathie... ».** Donc tous les signes pour lesquels il est amené à consulter.

Actuellement :

— **PM. 38 :** score moyen, 36, puis bon, 45.

Fatigabilité. Impression de disponibilité mentale insuffisante à l'action présente.

— **Kohs : lenteur, décalage entre compréhension et réalisation normale.**

LA PERSONNALITE :

— Dessins.

— Entretiens.

— Rorschach.

Lenteur, manque d'entrain.
Au Rorschac, qualité médiocre, 66 % d'interprétations d'épreuves plus de formes.
Manque de réelles kinesthésies, on pourrait penser à une **arriération** d'autant plus qu'une **seule réponse globale n'a pas été fournie,** mais le type de perception est plutôt celui d'un sujet vétilleur et tâtillon que d'un arriéré.
Le sens concret paraît insuffisant au détriment de la minutie et de l'opposition névrotique.
Parfois, détail blanc plus ou moins inusité, mais dans lequel une imagination infantile se fait jour; coartation-inhibition dominent ce protocole.

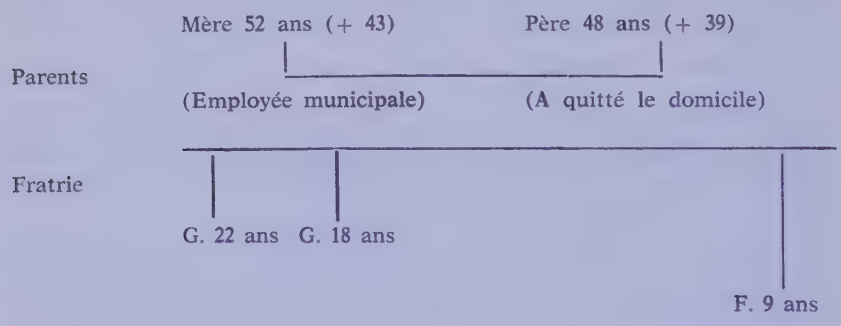
CONCLUSION :

— La strcture semble névrotique, mais l'évolution est à surveiller de près.
— Immaturité, infantilisme, en relation avec une structure névrotique.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Garçon à suivre pendant longtemps en milieu spécialisé pour prévenir une évolution dissociative.

OBS. N° 42 L... Annie, 9 ans, née le 20-10-1957. Vue en 1966, Saint-Simon.



Enfant amenée par ses parents pour des **troubles du comportement :** opposition active et passive à la mère, **difficultés scolaires** avec un **retard** de un an (elle est au C.E. 1).
Son **sommeil est agité,** et elle est **énurétique** transitoirement.
Son père, 48 ans, a quitté le domicile avant la naissance d'Annie. Sa mère, 52 ans, employée municipale, est bizarre, très volubile, hypernerveuse. (Traitée pour une maladie de Basedow.) Orpheline, elle a eu une enfance malheureuse, élevée par une famille de pasteurs très rigide. Mariée une première fois, elle a deux fils puis a divorcé.
Ses fils aînés : Daniel, 22 ans, vit à Rouen; Samuel, 18 ans, est apprenti mécanicien et vit avec elle. La mère est pressante, accaparante, hyperprotectrice envers Annie.
Naissance par un accouchement dystocique (siège); elle aurait été un peu cyanosée. Le premier développement a été normal. Premiers pas à 9 mois, premiers mots à 12 mois. **Enurésie** jusqu'à 6 ans. Gauchère pendant longtemps, la mère a voulu la corriger. **Son sommeil est agité,** pas de terreurs nocturnes. Otite, coqueluche, oreillons. Opérée d'un polype anal à 5 ans et placée ensuite pendant un an dans un préventorium. C'est une

enfant très renfermée. Peu confiante envers sa mère. Par contre, très bonnes relations avec son frère.

L'examen physique est normal; elle est grande pour son âge, poids équilibré; attitude asthénique. L'examen psychomoteur révèle une **débilité motrice nette** avec inhibition, repliement du corps et asthénie. Trouble de la latéralité sans véritables difficultés manuelles ou d'orientation spatiale. (Hypotonie, syncinésies importantes, corrodination difficile.) On entreprend durant son séjour une gymnastique de musculation et une rééducation psychomotrice.

L'examen de contrôle fait quelques mois plus tard montrait une nette amélioration.

Son niveau est celui du C.E. 1, faible. Elle **cherche à passer inaperçue** et **a faire le moins de travail possible.** Nécessité de rééducation orthophonique.

Scolarité : Au Centre Annie a du mal à s'intégrer dans le groupe, fait de **l'opposition passive** (bouderie, mutisme), bien qu'elle paraisse assez **conformiste avec les adultes. Enurétique** quand elle est arrivée, en fin de séjour son énurésie avait pratiquement disparu.

A l'examen sa **participation est décevante,** elle ne sait pas pourquoi elle est là, qui et comment on a décidé de son séjour; **passivité,** elle se laisse vivre.

LE NIVEAU :

— T.M.; âge de 7 ans, 6 mois.

— Q.I. **90.**

(à l'entrée niveau de 97 au B.S.Z.). Répond qu'elle ne sait pas quand elle n'est pas sûre d'elle. Peu épanouie.

LA PERSONNALITE :

— Entretiens.

— Dessins.

— P.N.

Air inquiet, **un peu sot,** dit habiter « chez maman ».

Réponses paraissant provenir d'un **enfant sot et arriéré,** or le niveau est normal, mais c'est celui d'une enfant qui se place à un **niveau de régression du type bébé passif.** Ne sait pas pourquoi elle a été placée.

Au P.N. : Thème d'abandon. Pleure sottement. Dépendance de la mère.

— Les difficultés scolaires proviennent en partie des troubles de la latéralité et de leurs conséquences.

— Le conflit familial paraît latent.

— Carence paternelle.

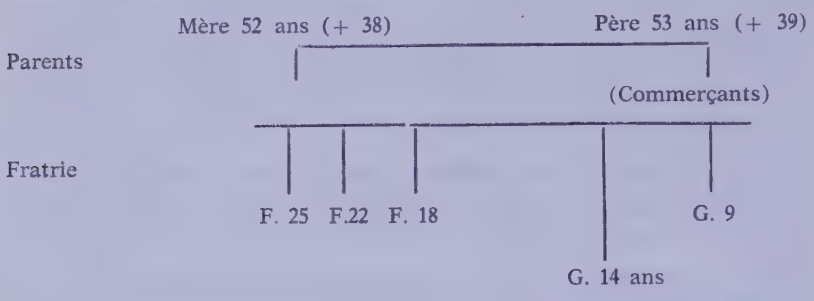
— Comportement d'arriérée affective, un peu sotte.

— Immature non évrotique.

CONCLUSION :

N'est ni déprimée, ni inhibée; l'autonomie est lentement progressive, l'épanouissement à St-Simon étant tout à fait relatif, il a été conseillé à la mère un placement en I.M.P.

OBS. N° 43 D... Pascal, 14 ans, né le 22-3-1949. Vu en 1963, Saint-Simon.



Amené par ses parents pour une **baisse du rendement scolaire sans retard,** avec des **troubles caractériels et du comportement : vols, colères, opposition, jalousie.**

Les parents tiennent un commerce de laine.

Le père, 53 ans, est très strict, il désire mener à bien l'éducation de ses enfants. Il est exigeant, autoritaire. Il est plus indulgent vis-à-vis de Pascal.

La mère, 52 ans, est très affectueuse, elle pense que son fils a été trop gâté parce qu'il est né, le premier garçon, après qu'ils en aient perdu deux. Elle est très vive.

Il ne semble pas y avoir de problème familial important et le comportement du garçon perturbe le climat familial sans que cela soit dramatique.

Les trois filles aînées ont fait de brillantes études et n'ont jamais posé de problèmes; les parents sont donc d'autant plus exigeants sur la réussite de Pascal.

Il est le sixième de sept, dont deux sont décédés en bas âge.

1) Thérèse, mariée, mère de 2 enfants, 25 ans.

2) Christiane, mariée, 22 ans.

3) Un garçon mort à un an et demi d'une tumeur rénale.

4) Jacqueline, étudiante, 18 ans.

5) Un bébé mort à 2 mois d'une toxicose.

6) Pascal.

7) Philippe, né en 1954, donne aussi beaucoup de difficultés à ses parents. « Il faudra vous l'envoyer, disent-ils en plaisantant. »

Il est né deux ans après le décés de son frère. Il était particulièrement chétif, a toujours été très gâté.

Développement psychomoteur normal. Propre tôt.

Il aurait fait du rachitisme, mais n'a aucun autre antécédent pathologique.

L'examen physique est normal. Le bilan psychomoteur montre qu'il est gaucher contrarié, se servant, actuellement, des deux mains avec **maladresse** et **manque d'automatisme dans l'orientation spatiale.**

Il travaillait bien à l'école, mais depuis cette année il arrive tout juste à la moyenne. **Il est rêveur, s'attarde à la sortie de l'école** dans la rue. L'acquisition de la lecture s'était faite normalement.

A la maison il est **très affectueux** surtout envers sa mère. **Il ne supporte ni contrainte, ni remontrances** et réagit par des **colères et des caprices.**

Il **chaparde de l'argent dans le tiroir-caisse,** mais n'a aucune notion de la valeur de ce qu'il prend. Il est **très jaloux** de son plus jeune frère avec qui il se bagarre sans arrêt, il **s'oppose à ses parents.**

A l'examen : Il **s'adapte très facilement, n'est pas du tout anxieux.** Il fait preuve **d'une plasticité étonnante.**

Infantile dans son comportement envers l'adulte, **dépendant.**

LE NIVEAU :

— P.M. 38
— Il obtient un Q.I. de **120**

ce qui correspond à l'impression clinique d'une bonne intelligence.

LA PERSONNALITE :

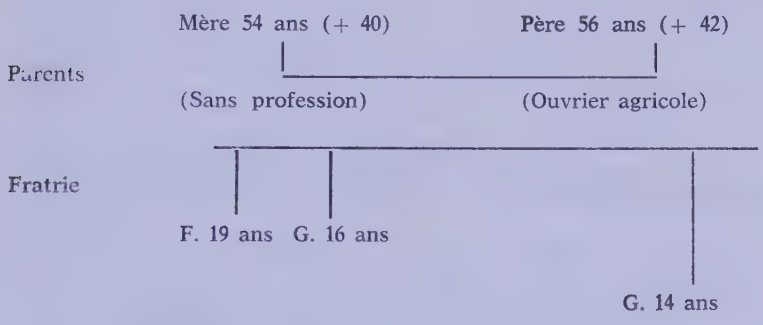
— Dessins.
— Entretiens.

Difficultés de relations familiales et scolaires.
Difficultés d'identification au père.
Les vols seraient des réactions de compensation.
— Infantile. (Immaturité affective sans tests à l'appui.)

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

Placement en internat simple avec poursuite de la scolarité normale.

OBS. N° 44 D... Alain, 14 ans, né le 18-8-1949. Vu en 1963, Saint-Simon.



Enfant adressé à la consultation pour :

— **difficultés scolaires** avec **important retard** (plus de 3 ans), **école buissonnière.**
— **Troubles du comportement, vols.**

S'ajoutant au fait que les parents sont **âgés, une carence éducative importante;** les parents sont ouvriers agricoles.

Le père, 56 ans, est violent, vraisemblablement éthylique, gronde sévèrement son fils, mais le soutient ouvertement contre l'institutrice.

La mère, 54 ans, elle aussi soutient l'enfant, cache ses vols.

C'est un milieu fruste, sans autorité mais affectivement normal.

Alain est le dernier de trois.

Françoise, 19 ans, apprentie agricole.

Francis, 16 ans, aussi apprenti agricole. Il est toujours resté dans sa famille.

D'après les renseignements fournis par les parents sont développement psychomoteur a été normal, pas d'antécédent pathologique. Il est hypotrophique. L'examen psychomoteur révèle **une discrète insuffisance de l'équipement moteur.**

Il va à l'école du village, mais il travaille mal, il est au niveau du C.M. 1, il **s'oppose à la maîtresse,** est **instable, fait l'école buissonnière** quand on lui fait des remontrances.

Il a commis des **vols d'argent** pour acheter des friandises et des cigarettes et se montre **insensible aux punitions.**

A la maison il ne donne pas de difficultés particulières à ses parents.

A l'examen il **s'adapte facilement, mais participe assez peu,** ses possibilités intellectuelles sont limites.

LE NIVEAU :

— P.M. 38, qui donne **75-77**

ce qui le classe dans la débilité mentale légère. Il a tendance à utiliser les solutions de facilité. **Réfléchit peu. Il ne tient pas compte des observations faites.**

LA PERSONNALITE :

— Dessins.

— Entretiens.

Peu de tonus, de vitalité, d'autonomie, mais fait preuve d'un certain sens pratique.

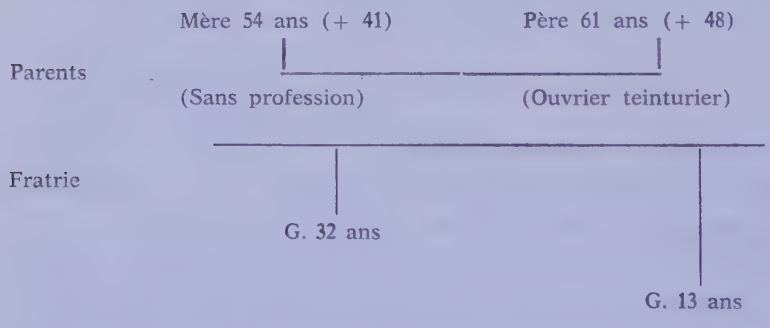
Enfant de niveau limite; trop seul et trop livré à lui-même du fait de la carence éducative.

En plus les parents ne peuvent représenter des images valorisantes et sécurisantes auxquelles il puisse s'identifier. Parents âgés. Carence éducative.

CONCLUSION THERAPEUTIQUE :

Placement en centre spécialisé dans une section agricole.

OBS. N° 45 L... Robert, 13 ans, né le 3-4-1949. Vu en 1962, Saint-Simon.



Enfant amené par ses parents pour des **troubles du comportement en milieu scolaire** qui semblent assez importants, puisqu'ils motivent **un renvoi définitif, un mauvais rendement, sans retard** puisque les troubles viennent de commencer depuis le début de l'année.

Les parents sont âgés et qualifiés de « bizarres ».

Le père, 61 ans, est ouvrier dans une teinturerie; fils de riches industriels du Havre, il a fait des études supérieures pour occuper, par la suite, des postes de représentant peu élevés, puis un poste de manœuvre dans le bâtiment pour, actuellement, être homme à tout faire dans une teinturerie. Il est impulsif, mais manque d'autorité vis-à-vis de Robert, qu'il traite en camarade. C'est un homme déjà âgé, manquant de dynamisme, passif.

La mère, 54 ans, a elle aussi un bon niveau. Elle n'a pas continué ses études après les bacs. C'est elle qui commande dans le ménage, elle est assez anxieuse. La famille est très unie.

Robert est le troisième de trois.

Il y avait une fille aînée qu'il n'a pas connue puisqu'elle est décédée à l'âge de 5 ans.

Puis Georges, 32 ans, marié, rédacteur dans un journal.

Le grand-père, 75 ans, a une chambre, mais prend ses repas avec eux et reste souvent à la maison. Il est assez rigide et c'est la seule autorité que craint l'enfant.

Il est prématuré : né à 7 mois de gestation il pesait 1 kg 700, son premier développement psychomoteur est normal. Il est propre tôt. **Son sommeil est toujours un peu agité.**

Il a fait une primo-infection à l'âge de 5 ans et a fait à ce moment-là un séjour d'un an en préventorium.

L'examen somatique révèle une discrète hypotrophie et est, par ailleurs, tout à fait normal.

Le bilan psychomoteur montre **une impulsivité et une tendance à l'hypotonie** ; il présente des **difficultés d'adaptation spatiale** avec une latéralité non homogène. Pendant son séjour au Centre il a fait de la gymnastique se montrant **très passif, asthénique** durant les séances.

Sur le plan scolaire il suit une cinquième moderne, mais depuis quelques mois il est devenu **très indiscipliné,** taquinant sans cesse ses camarades pendant la classe, se bagarrant avec eux ; parallèlement **ses résultats sont devenus médiocres,** alors qu'il avait été bon élève jusqu'à maintenant. Il avait acquis normalement lecture et calcul. Son comportement en classe est si perturbé que le renvoi définitif est envisagé.

A la maison, ses parents le trouvent **adorable, très affectueux,** la mère dit que, parfois, il est **aussi démonstratif** qu'un bébé, venant s'asseoir sur ses genoux. Il est conscient qu'il fait des bêtises, les raconte à ses parents en leur expliquant qu'il ne peut s'en empêcher.

Il aime rester avec ses parents, aide son père à bricoler, sa mère dans le ménage, cependant il ne semble pas contrarié par la perspective de l'internat.

A l'examen, il est **tout de suite à l'aise** ; il s'exprime correctement et raconte ses avatars du lycée sans trouble. Il s'est **tout de suite adapté** à la vie du centre, se montrant **très affectueux envers les adultes.** Il est toujours **instable, embêtant les autres enfants,** et lui-même très sensible aux moqueries des autres. **Il attache une importance très grande aux compliments** et travaille très bien en classe.

Son sommeil est agité ; il mange avec gloutonnerie.

LES TESTS :

Le niveau apprécié à l'aide du Binet Simon est normal, supérieur puisqu'il obtient un Q.I. de 124.

Le P N 38, débute brillamment, puis ses performances diminuent régulièrefent sur les épreuves les plus difficiles de chaque série, il se classe dans la bonne moyenne sans atteindre l'intelligence supérieure. C'est son infantilisme, son arriération affective qui lui nuit beaucoup sur le plan de la réussite. **Difficulté de soutenir son attention et son effort.**

La personnalité : En effet, il semble présenter un certain retard du développement de la personnalité comme si elle était adaptée à la petite taille. **Il ne réfléchit pas suffisamment,** est **très dépendant** et se sent très facilement frustré.

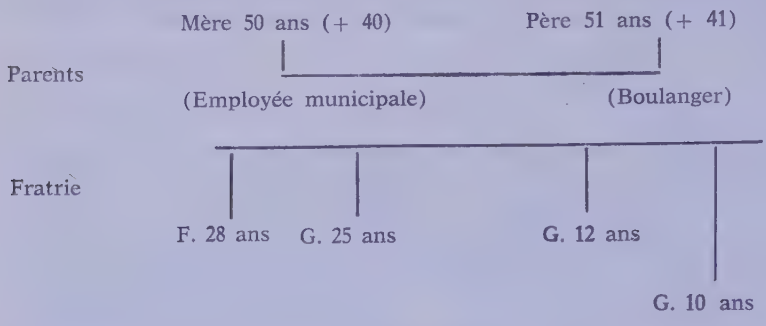
Il se laisse vivre, ne se fait aucun souci ni en ce qui concerne son placement, ni sa scolarité.

Aucune anxiété chez lui ; **il est très instable, labile au point de vue émotionnel.**

CONCLUSION :

Il s'agit d'un enfant immature sur le plan affectif, pas du tout névrotique. Devrait poursuivre ses études en internat, hors du milieu familial.

OBS. N° 46 F... Antoine, 10 ans, né le 19-2-1952. Vu en 1962, Saint-Simon.



Enfant amené par ses parents pour des **difficultés scolaires** avec un **retard d'un an** et pour **des troubles du comportement** et du **caractère : colères, fugues, vols en famille.**

Il est le dernier de quatre et ses parents sont relativement âgés.

Le père, 51 ans, est boulanger, il est un peu excité, revendicateur, s'énerve facilement, crie beaucoup, il semble assez peu capable de s'occuper de ses enfants. Il est très moraliste, aime beaucoup ses enfants, mais n'exerce pas sur eux l'autorité suffisante.

La mère, 50 ans, est employée municipale (gardienne de toilettes). Elle est effacée et craintive devant son mari, mais nerveuse envers les enfants ; elle est peu dynamique.

Le milieu familial semble assez peu sécurisant, chacun vivant pour soi.

La fratrie est de quatre : Simone, 28 ans, mariée ; Angel, 25 ans, marié ; Les deux aînés ne vivent pas au foyer.

Pierre, 12 ans, est à l'école avec son jeune frère. Ils s'entendent bien, surtout pour faire des bêtises.

Sa naissance a été normale. Il marche à 15 mois, parle vers 18 mois, il est propre tôt le jour, mais **reste énurétique jusqu'à 6-7 ans.** Son sommeil est normal. Il est **boulimique, mange beaucoup de sucreries,** mais aussi tout ce qu'il trouve chez lui. **Il achète souvent des bonbons, avec l'argent qu'il prend** à ses parents.

Il est toujours resté dans son milieu familial.

Pas d'antécédents somatiques; l'examen physique est normal; l'examen psychomoteur ne révèle pas d'anomalie particulière.

A l'école il est au C.M.1, en classe de perfectionnement : **instable, brouillon,** il suit difficilement. Il a, cependant, appris à lire normalement. Il a beaucoup de copains, est très gentil avec tout le monde : il vole pour donner à des camarades ou acheter des sucreries.

A la maison il est **turbulent, coléreux, indiscipliné,** il craint peu son père. Quand on le gronde il a tendance à **fuguer** quelques heures, une journée même une fois. Il est craintif avec les étrangers.

Lors de l'examen il **n'est pas très à l'aise.** Il est un peu distrait, ne se pose pas de questions ; **il est passif, prend les choses comme elles viennent.**

Il est **ludique et infantile,** cependant par certains côtés il fait preuve d'une certaine expérience.

Emotif, sensible, il fait preuve d'une **grande labilité émotionnelle.**
Conformisme important avec **suggestibilité.**
Réagit aux frustrations par une opposition passive.

LE NIVEAU :

— Terman Merril F.L. lui donne un âge mental de 9 ans, 10 mois pour 10 ans, 5 mois, ce qui équivaut à un Q.I. de 94.

Son attention est peu soutenue, il se **fatigue facilement,** se **disperse,** il est très **instable.** Il a **besoin d'être sans cesse stimulé,** est très **brouillon.**

LA PERSONNALITE :

— Dessins.
— Entretiens.

Goût prononcé pour la nature, les animaux.

Infantilisme, **insouciance : aucune notion du temps.**

Personnalité suggestible et immature très ludique.

Repliement sur soi et sur le monde animal d'un garçon qui se sent mal accepté, qui ne s'épanouit pas dans son milieu familial.

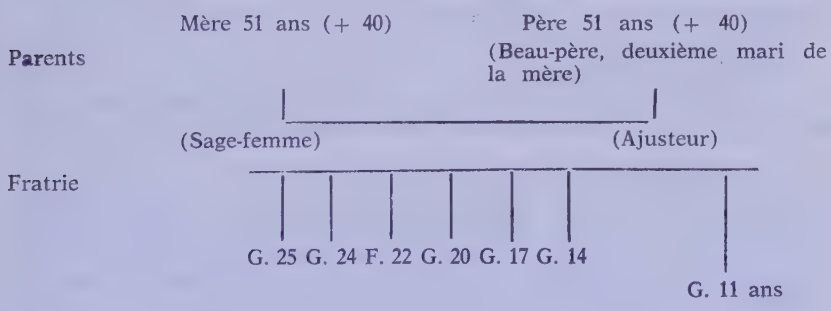
Mou, indifférent.

Pas d'anxiété.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Nécessité d'un cadre stable et d'une action éducative.

OBS. N° 47 E... Michel, 11 ans, né le 23-10-1950. Vu en 1961, Saint-Simon.



Enfant amené par ses parents pour des **troubles du comportement : fugues, école buissonnière, réactions violentes** dans le milieu familial, **mauvais travail scolaire.**

Il est extrêmement gâté par tout le monde chez lui, parents, grands-parents, frères et sœurs et les sanctions prises sont toujours minimes : privation de dessert par exemple.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents. Le développement psychomoteur a été normal de même que l'acquisition de la propreté. Il a un sommeil très calme et dort toujours avec un ours en peluche.

Il est toujours resté dans sa famille où il est très choyé, le père est mort alors qu'il avait un an, d'une endocardite maligne. La mère s'est remariée cinq ans plus tard avec un homme âgé de 51 ans, actuellement ajusteur, qui gâte beaucoup le petit Michel.

L'examen somatique est normal, de même que l'examen psychomoteur : ses possibilités sont bonnes, mais peuvent être **troublées par l'émotivité.**

La mère, âgée de 51 ans, est sage-femme dans un hôpital.

Michel est le petit dernier de sept. Tous ses aînés sont pleins d'indulgence pour lui. L'aîné, 25 ans, est instituteur, marié, deux enfants.

Le deuxième, 24 ans, conseiller agricole, est marié, un enfant.

Sa sœur, 22 ans, emloyée des P. et T. vit à la maison. Puis viennent trois garçons : 20, 17 et 14 ans : seul celui de 14 ans vit à la maison ; ils font tous des études.

A la maison Michel est **instable,** change souvent d'occupation : il aide sa mère à faire le ménage, travaille au jardin.

Au point de vue scolarité, il suit le C.M.1 et travaille moyennement. En classe il est plutôt **passif,** a souvent tendance à se disculper devant les sanctions par des mensonges. Il est très sensible aux éloges. Son comportement avec ses camarades est adapté. Il a fait plusieurs fois l'école buissonnière.

La consultation est essentiellement motivée par le fait que Michel a « cambriolé » la maison de ses grands-parents, mettant tout sans dessus-dessous, en cherchant de l'argent. Il a brûlé certains papiers dans le poêle et aussi deux petits chats. Cet acte de vandalisme a effrayé son entourage. Il n'en est pas culpabilisé et semble ne pas se rendre compte.

L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE :

Michel **s'y prête sans opposition,** mais ne semble pas très à l'aise. Il ne montre **pas d'instabilité.**

LE NIVEAU :

— T.M. Forme L.
— Kohs.
— P.M. 38.

LA PERSONNALITE :

— Les entretiens.
— Le comportement.

Le niveau est normal. Peu entraîné à l'effort, il **se fatigue vite,** mais obtient à tous les tests des résultats homogènes lui donnant un **Q.I. de 103.**

LA PERSONNALITE :

A l'entretien, le ton est **infantile, le langage bébé, les goûts ludiques.** Sa personnalité est encore bien mal assurée, regressant facilement à des comportements primitifs ou de fuite. Grand besoin, chez lui, de devenir plus autonome, plus viril. Il y a un **hyper conformisme,** aucun trouble du caractère. Dans le groupe, c'est un enfant calme, d'humeur égale qui participe bien à ce qu'on lui propose. **Il se montre très émotif.** Il **recherche plutôt la compagnie des adultes** que celle des enfants de son âge, essaye de leur **donner satisfaction, se laisse cajoler.** Il est **très sensible aux compliments.**

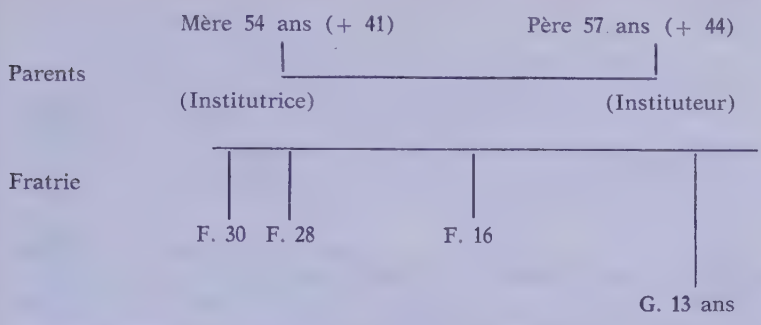
CONCLUSIONS :

— Très importante immaturité affective, pas d'angoisse, pas de culpabilité.

CONCLUSIONS THERAPEUTIQUES :

— Retour dans sa famille, mais nécessité d'un encadrement et d'une virilisation en internat et par des mouvements de jeunesse.

OBS. N° 48 C. B... Jean-François, 13 ans, né le 27-8-1946. Vu en 1959, St-Simon.



Enfant amené par ses parents pour des **difficultés scolaires : séquelles de dyslexie, dysorthographie** pour lesquelles il a suivi une rééducation, **indiscipline** en classe et aussi pour des **troubles caractériels** dans sa famille avec **caprices, colères** et **opposition au père.** Les parents supportent mal ces troubles : le père réagit par un excès de sévérité, la mère est très anxieuse.

La naissance a été normale après une grossesse pénible ; sa mère âgée de 41 ans avait un fibrome.

Dès les premiers jours il a présenté des crises d'asthme et ceci jusqu'à 18 mois.

Le développement psychomoteur a été normal. L'acquisition de la propreté s'est faite tôt. Il a présenté à 18 mois une rougeole compliquée de broncho-pneumonie. Son sommeil a toujours été agité. Il parle la nuit, mais n'a jamais eu de terreur nocturne.

L'examen physique est normal, sa taille 160,5 cm est de plus de deux ans de la moyenne de son âge, le poids est équilibré.

L'examen psychomoteur révèle **une légère débilité motrice** avec lenteur, difficultés d'adaptation rythmique. Aucune rééducation n'est entreprise.

Il est toujours resté dans sa famille. Son père âgé de 57 ans est instituteur, très nerveux, psychasthénique, il est tyrannique, exigeant avec son fils. Il l'avait dans sa classe et était très sévère avec lui. La mère, âgée de 54 ans, est aussi institutrice, elle est très anxieuse quant à son fils, le gâte beaucoup.

Jean-François est le dernier d'une fratrie de quatre. Il a trois sœurs aînées : une de 30 ans qui est mariée et vit en Tunisie où la famille a vécu jusqu'à il y a trois ans. La deuxième, âgée de 28 ans est infirmière, elle est mariée et ne vit pas avec ses parents. La troisième, âgée de 16 ans est en quatrième. Jean-François s'entend bien avec elle.

A la maison il a un **caractère difficile,** il est **capricieux, fait de violentes colères,** surtout quand le père est là. **Il est très affectueux envers sa mère.** Il aime les jeux tranquilles.

Au point de vue scolaire, il suit les cours de fin d'études, il a beaucoup de lacunes d'acquisition. Il pose des **problèmes de discipline,** fait le pître en classe, se laisse facilement entraîner par les plus médiocres. Le père annonce toujours l'échec et sanctionne brutalement.

L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE :

Un peu contracté lors du premier examen, il est par la suite plus ouvert et plus à l'aise. Peu réaliste, il est cependant plein de bonne volonté.

LE NIVEAU :

— T.M. Forme L.
— Kohs.
— P.M. 38.

LA PERSONNALITE :

— Entretien.
— Comportement.

Son niveau de développement intellectuel est normal, il obtient au T.M. un âge mental de 12 ans pour 13 ans 4 mois, soit un **Q.I. de 91.**

Il présente des difficultés de mémoration, un manque d'organisation mentale. Cependant il est observateur, réfléchi, a de bonnes possibilités d'abstraction. Au Kohs il a un niveau de 16 ans. Au P.M. 38, il obtient 46 points, ce qui le classe dans la moyenne supérieure de son âge.

LA PERSONNALITE :

— L'entretien avec lui montre **une personnalité hyposthénique, manquant d'autonomie** avec **suggestibilité** et **arriération affective.**

Les difficultés familiales semblent liées à la personnalité écrasante du père, il y a un très fort attachement à la mère.

Dès son arrivée au centre il a été traité par ses camarades comme un jeune garçon très infantile et rejeté par les « grands » de son âge. Conformiste et poli avec les adultes, il est très émotif et suggestible.

Il semble s'être virilisé au cours du séjour et les relations familiales se sont un peu modifiées. Il a fait un apprentissage manuel qui s'est soldé par un échec : en effet, **il se concentre difficilement** et **n'apporte aucun intérêt aux tâches proposées**, il essaye de s'en débarrasser au plus vite, l'idée de l'effort lui semble inutile, il demande souvent de l'aide à ses camarades; il s'enthousiasme facilement, ne voyant pas les difficultés.

COUCLUSIONS DE L'INSTITUT :

— Epanouissement, prise de confiance en lui pendant le séjour.
— Immaturité non névrotique.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Nécessité de terminer la scolarité primaire et d'entreprendre un apprentissage hors du milieu familial.
— Immature, pour lequel on n'a pas de projectifs à l'appui, seulement une observation psychologique.

OBS. N° 49 I... Lucienne, 10 ans, née le 29-4-1951. Vu en 1961, Saint-Simon.

Parents — Mère 45 ans (+ 35) — (Père 57 ans (+ 47) (Concierges)

Fratrie — Enfant unique

Lucienne est une enfant adoptée par des gens relativement âgés. Elle a été adoptée à l'âge de 5 mois et demi et ne connaît pas sa situation d'enfant adoptée.

Elle est amenée pour des **difficultés scolaires** dans l'apprentissage de la lecture et du calcul ayant provoqué un **retard assez important,** puisqu'à 10 ans elle suit à peine le C.E.2. Elle est **très agitée et instable.** En dehors

de cela elle ne pose aucun problème à ses parents qui l'avaient déjà amenée en consultation spécialisée à l'âge de 7 ans. Elle a suivi depuis, des cours particuliers pour apprendre à lire.

On n'a pas de renseignements concernant les premiers mois de sa vie, le développement psychomoteur a été normal. A un an elle a eu une rougeole compliquée de congestion pulmonaire.

L'examen somatique est normal, la taille est inférieure à la moyenne de son âge : 1,30 m. L'examen psychomoteur révèle une **instabilité** importante, une **maladresse manuelle** semblant liée à une latéralité ambiguë, il n'y a pas de troubles de l'organisation spatiale, pas de dyslexie vraie. Aucune rééducation n'est entreprise.

Elle a été en classe pour la première fois à l'âge de 2 ans et demi. Très tôt elle a présenté des difficultés pour l'apprentissage des lettres, puis de la lecture. Elle est au C.E.2 actuellement, mais ne réussit pas.

A l'âge de 7 ans, elle avait été vue par un neuropsychiatre pour **agitation psychomotrice** et **tendance à fabuler** d'aspect pathologique.

A ce moment-là on notait une dyslexie avec dyscalculie, des troubles de l'organisation spatiale : mauvaise latéralisation voisine de l'ambidextrie et enfin il était signalé des troubles de la perception visuelle. Elle a été depuis très améliorée par des sédatifs et une rééducation des troubles instrumentaux, mais elle n'a pas tout de même atteint le niveau scolaire normal. Son Q.I. était de 93 au T.M.

Les parents sont âgés de 57 ans pour le père, de 45 ans pour la mère. Ils étaient concierges dans un lycée en Algérie. Ils sont très attentifs à tout ce qui concerne l'enfant et la gâtent beaucoup. Il y a un an ils ont essayé d'apprendre sa situation à la petite en lui disant qu'ils l'avaient choisie parmi d'autres enfants ; elle n'a pas bien compris et personne n'en a parlé depuis. C'est une enfant unique très attachée à ses parents.

L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE :

Infantile et instable, elle se prête sans difficultés à tous les examens. Elle est très appliquée et surtout très lente.

LE NIVEAU a été apprécié à l'aide :

— du T.M. Forme L.
— du Kohs.
— du Matrix 47.

LA PERSONNALITE :

— Entretien.
— Comportement.

Le niveau de développement intellectuel est limité, ses possibilités sont restreintes.

Elle obtient un Q.I. de 82 au T.M. Le vocabulaire est pauvre, l'expression maladroite, elle réfléchit peu.

Au Kohs, elle a un niveau de 8 ans pour 10 ans.

Au Matrix, elle se classe dans le dernier décile. Elle est pleine de bonne volonté et peut profiter d'un enseignement spécialisé.

LA PERSONNALITE :

Au cours des entretiens c'est surtout son **manque d'autonomie,** son **infantilisme** qui ressortent; **personnalité très dépendante** avec une **passivité importante** et une **mise en valeur maladroite.** Ses **intérêts** sont essentiellement **ludiques.**

Son intégration dans le groupe se fait très rapidement; attire sans cesse l'attention de ses camarades par des clowneries.

Elle quitte sa famille sans émotion apparente.

Personnalité inconsistante ne posant aucun problème dans le groupe. Elle n'a aucun sens de l'effort et on ne peut l'intéresser à rien. Ses intérêts sont uniquement ludiques, elle attend passivement que l'on s'occupe de son travail et réussit mal dans tous les travaux manuels, conformiste avec les éducatrices elle est très suggestible et passe pour une « sosotte ».

CONCLUSION :

— Immaturité sans aucune tendance à la névrotisation et provoquant une fausse débilité d'origine affective.

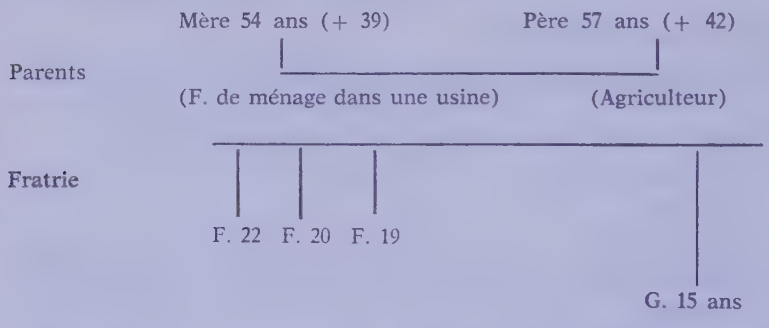
— L'attitude éducative des parents entre en jeu ici par leur hyperproctetion, leur maintien dans un statut infantile. Expliqué par le fait qu'ils sont adoptants. Le problème de l'adoption ne semble pas jouer ici pour l'enfant. Peut-être problème génétique inconnu. Intelligence limite.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

— Nécessité d'une classe de perfectionnement.

— Conseils éducatifs aux parents en vue de permettre à sa personnalité d'acquérir une autonomie. Essayer de la traiter en grande fille et non plus en bébé.

OBS. N° 50 L... Gérard, 15 ans, né le 11-3-1955. Vu en 1970, Saint-Simon.



Adolescent de 15 ans ,amené par sa mère pour des **difficultés scolaires** avec un **retard** de deux ans, des **troubles caractériels** (excitation, opposition), **une boulimie.**

Ces troublles ne sont pas d'apparition récente puisqu'il avait déjà fait l'objet d'une observation, à l'Institut même, il y a cinq ans. Au terme de cette observation, il avait été conclu qu'il retournerait dans sa famille et poursuivrait une scolarité normale.

Les troubles persistants, les parents démissionnent et demandent une aide extérieure.

La famille est d'origine tunisienne.

Ses parents sont relativement âgés.

Le père, 57 ans, est agriculteur en Tunisie : il est assez indifférent, décrit comme taciturne et ne s'est jamais occupé effectivement de ses enfants. La famille est en France depuis huit ans, il vient de temps en temps mais ne s'est pas décidé à les rejoindre définitivement.

La mère, 54 ans, est femme de ménage dans une usine. C'est une femme à qui il est physiquement difficile de donner un âge, apathique, plutôt

déprimée et anxieuse quant à l'avenir de son fils. Ses problèmes personnels, conjugaux, la préoccupent énormément. Elle semble peu affective.

Il est le dernier d'une fratrie de quatre. Il a trois sœurs aînées, 22, 20 et 19 ans, dont deux font des études supérieures. La troisième est repasseuse. Il s'entend bien avec elles qui le protègent plus qu'elles ne jouent avec lui.

Les grands parents maternels (très âgés et paralysés) vivent avec eux.

Dans ses antécédents on relève un léger retard du développement psychomoteur (marche, langage) avec une crise convulsive, hyperthermique à l'âge de trois ans.

Plusieurs E.E.G. ont été pratiqués par la suite dont aucun ne revélait d'anomalie. Aucun accident de ce type ne s'est reproduit.

Il **a été énurétique la nuit jusqu'à l'âge de 6 ans.** L'examen somatique est normal, sa taille est un peu inférieure à la moyenne.

Au point de vue scolarité il est, actuellement, en cinquième classique et **ne travaille pas bien** : il est **dissipé, instable, refuse de travailler, ne s'intéresse pas à la classe.** Il a une scolarité régulière dans le même lycée ; les premières acquisitions : lecture, calcul, se sont faites normalement.

A la maison, il est **dissipé, instable, surexcité** et la mère le supporte difficilement. Il **cherche toujours à attirer son attention** sur lui. Il **mange sans cesse** beaucoup de gâteaux et de sucrereis surtout.

A l'examen, il **est assez inhibé au début, mais il devient vite coopérant** parlant de ses problèmes scolaires et familiaux. Il est **très émotif, labile,** se sentant rejeté par les professeurs et surtout par sa mère.

Il **réagit sans agressivité,** est **peu anxieux.** Il cherche à séduire, se montrant **conformiste et dépendant de l'adulte et manque d'autonomie.** Il est **très suggestible.**

Durant la passation des tests il est **très instable** sur le plan moteur, sur le plan de l'attention, il se lasse rapidement, ne fait pas d'efforts, prend une attitude de démission devant l'effort.

Dans le groupe au centre il a tendance à s'isoler ou **à fréquenter les petits.** Il recherche la présence de l'adulte, supporte mal qu'on ne s'occupe pas exclusivement de lui, réagit avec hyperémotivité aux frustrations et aux taquineries.

La scolarité a été excellente.

LES TESTS :

Le niveau apprécié à l'aide du :

— WISC et du

— P.M. 38

lui donne un niveau normal supérieur.

Il obtient au WISC un Q.I. de 110, homogène avec 110 en V., 110 en P.

Il passe le P.N. 38 rapidement et avec un point au dessous du centile 90, il obtient un Q.I. de 120.

LES PROJECTIFS :

— Dessins.

— P.N. et Bestiaire (pratiqué il y a cinq ans).

— Rorschach.

A l'âge de 10 ans, les tests pratiqués montraient un infantilisme, des goûts ludiques, une préférence pour l'âge bébé dans le P.N.

Au Rorschach, on trouve une certaine angoisse, masquée par la familiarité : il a tendance à utiliser des rites de défense contre cette anxiété.

Le sens pratique du réel est un peu faible ; l'originalité est nette avec parfois tendances à la fabulation. Il est plus impressionnable qu'impulsif, n'extériorise aucune agressivité.

Il n'y a pas chez lui de perturbations caractérielles. Il se sent souvent délaissé, persécuté, sentiment retrouvé lors de la passation des tests de Rogers, où l'image de la mère est très valorisée et prend toute l'importance.

CONCLUSION :

Enfant immature et un peu anxieux, **dépendant exagérément de sa mère** qui réagit par ces troubles du comportement à une situation familiale peu sécurisante.

— Parents âgés, grands-parents.
— Père souvent absent.
— Mère anxieuse qui ne peut plus s'en charger.

CONSEILS THERAPEUTIQUES :

Un placement dans un foyer de garçons avec retour dans sa famille toutes les semaines est envisagé. La poursuite de la scolarité devrait se faire normalement.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA (J. de). — Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson et Cie, Paris, 1970.

ANDREY (B.). — Appréciation de la maturité infantile à travers certaines techniques psychologiques. Rev. Neuropsych. Infantile et hygiène mentale, 1959, 9-10, p. 104.

ANZIEU (D.). — Les méthodes projectives. P.U.F., 1965.

ANZIEU (D.). — Le développement des relations interpersonnelles chez l'enfant. Méthodes et techniques projectives. Bulletin de Psychologie, avril 1966, 250-XIX, 19-20.

BERGE (A.). — La prise de conscience des rôles dans la structuration familiale. Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant, mars-avril 1959, n° 3-4.

BOSSARD (J.H.S.) and coll. — Family situations. Philadelphie University Pensylvanie Press, 1943.

BOSSARD (J.H.S.). — Parent and Child. Studies in family behaviouh. Philadelphie University, Pensylvanie Press, X-178-201, 1953.

BOUTONNIER (J.). — L'arriération affective de l'enfant. Enfance, 1948 (1), 44-48.

BOWLBY (J.). — Soins maternels et santé mentale. Monographie O.M.S. 1954.

CODET (H.) et LAFORGUE (R.). — Les arriérations effectives dans les états de dissociation psychique : la Schizonoïa. Evol. Psychiatrique, 1923, 1, 102.

CODET (O.). — Sémiologie des arriérations affectives. Evol. Psychiatrique, fasc. I, 3-6, 1937.

CORMAN (L.). — L'examen psychologique d'un enfant. Psychologie et sciences humaines. Charles Dessart, édit., Bruxelles, 1969.

DIATKINE (R.). — La notion de régression. Evol. Psychiatrique, 1957, 3, 405-425.

DIATKINE (R.). — Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. Psychiat. Enfant, 1967, 10, 2-42.

DUBLINEAU (J.). — Le rôle des parents dans la maturation affective de l'enfant. Ecole des Parents, 1956-57, n° 2.

DUPRE (E.). — Puérilisme mental. Congrès de Bruxelles 1903, 2, p. 269.

DUPRE (E.). — Pathologie de l'émotivité et de l'imagination. Payot, Paris, 1925.

DURAND (M.-F.). — Bilan d'une consultation de psychiatrie de l'enfant. (A propos de huit années de fonctionnement au C.H.U. de Purpan, à Toulouse). Thèse médecin, Toulouse, 1972.

EY (H.), BERNARD (P.), BRISSET (Ch.). — Manuel de Psychiatrie. Masson et Cie, Paris, 1967.

FENICHEL (O.). — La théorie psychanalytique des névroses. P.U.F. Paris, 1953.

FERRIER (J.). — Contribution à l'étude des problèmes affectifs chez l'enfant. Thèse Médecine 1958, Clermont-Ferrand.

FREUD (A.). — Le normal et le pathologique chez l'enfant. Gallimard, Paris, 1968. Original : International Universit. Press Inc, 1965.

FREUD (S.). — Introduction à la psychanalyse.

GAYRAL (L.). — Précis de psychiatrie. Ed. Baillières et fils, Paris, 1967.

HEUYER (G.). — Introduction à la psychiatrie infantile. P.U.F., 1966.

HUSQUINET (A.). — La mère protectrice. Enfant, Bruxelles (3), 177-185, 1962.

JAMPOLSKY (P.). — La notion d'infantilisme affectif. L'Hygiène Mentale, 1948, 37/10, 121-123.

JAMPOLSKY (P.) et coll. — Les techniques projectives et la neuropsychiatrie infantile. Rev. de neuropsy. infantile et d'hygiène mentale, 1956, n/ 7-8, 245-262.

JOHNSON (A.M.). — School Phobie. Amer. J. Orthopsychiat., 1941, 11, 702-74.

KESTEMBERG (E.). — L'identité et l'identification chez l'adolescent. Psychiatrie de l'enfant, vol. V, flsc. 2, P.U.F.

KLEIN (M.). — La psychanalyse des enfants. P.U.F., Paris, 1959.

LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.-B.). — Vocabulaire de la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1967.

LEBOVICI (S.). — Le développement moral et affectif de l'enfant. Conceptions psychanalytiques. Sauvegarde de l'enfant, nov.-déc. 1967, n° 15-16, p. 6.

LEBOVICI (S.) et SOULE (M.). — La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. P.U.F., Paris, 1970.

LOOSLI-USTERI (M.). — Manuel pratique du test de Rorschach. Hermann, 1965.

MALE (P.) et FAUREAU (J.-A.). — Aspects actuels de la clinique et de la thérapeutique des troubles affectifs de l'enfant. Psychiatrie de l'enfant, 1959, vol. II, fasc. 1, P.U.F.

MALE (P.). — Psychothérapie de l'adolescent. P.U.F., 1964.

MAUCO (G.) et RAMBAUD (P.). — Le rang de l'enfant dans la famille. Revue fr. de psychanalyse, 15, 253-260, avril-juin 1951.

MICHAUX (L.). — Manuel de psychiatrie infantile. P.U.F., 1967.

PICHON (E.). — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Masson et Cie, Paris, 1965.

PINEL (J.-P.). — La théorie freudienne : sur l'identification. Perspectives psychiatriques, 1968, n° 19, 5-14.

POROT (M.). — L'enfant et les relations familiales. P.U.F., 1959.

RIBOT (T.). — La psychologie des sentiments, 1896.

ROBBERECHTS (J.) et LIEVENS (P.). — Remarques à propos de l'immaturité affective chez l'enfant. Acta Neurol. belg., 1967, mai, 387-400.

SCHNEIDER (K.). — Les personnalités psychopathiques. P.U.F., Paris, 1955.

SPITZ (R.). — De la naissance à la parole. P.U.F., 1968.

SUTTER (J.-M.) et LUCCIONI (H.). — Syndrome de carence d'autorité. Revue de neuropsy. infantile et d'hygiène mentale de l'enfance, mars-avril 1959, n° 3-4.

WALLON (H.). — L'évolution psychologique de l'enfant. Armand Colin, Paris, 1968.

ZAZZO (B.). — Le sentiment de maturité chez l'adulte. Enfance (1-2) 1, janvier-avril 1969.